Santé et Bien-être social Canada | Health and Welfare Canada

Canada

Services hospitaliers de don d'organes et de tissus

Guide

88-03753/

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR
LES PROGRAMMES INSTITUTIONNELS

GUIDE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

SERVICES HOSPITALIERS DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le ministre de la
Santé nationale et du Bien-être social
1986

Also available in English under the title
Organ and Tissue Donation Services in Hospitals"

REMARQUE

Les renseignements contenus dans ce guide sont considérés à jour au moment de leur approbation; toutefois, comme de nombreux aspects des soins de santé et de la technologie en matière de santé changent constamment, nous apprécierions toute suggestion visant à modifier ce guide. Tout renseignement portant sur des progrès ou des questions connexes doit être adressé au

Secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux
services institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de cat. H39-48/1987F
ISBN 0-662-94804-1

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
AVANT-PROPOS	vi
LISTE DES PARTICIPANTS	ix
PRÉAMBULE	1
SECTION A - LE PROCESSUS DE DON L'ORDRE DES ÉVÉNEMENTS	5
1. Les organes perfusables	5
2. Les tissus	5
3. Classement des hôpitaux selon les ressources nécessaires à la participation aux dons	8
SECTION B - LE DON : CONSIDÉRATIONS ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES	11
1re PARTIE - CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES HÔPITAUX	11
1. La décision de participer	11
2. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme	12
3. L'évaluation du programme et le contrôle de la qualité	14
4. La sensibilisation du public et la liaison avec la collectivité	15
5. La formation du personnel et qualifications requises	15
6. Les considérations juridiques	16
7. Les considérations religieuses	16
2e PARTIE - RESSOURCES REQUISES PAR CATÉGORIE D'HÔPITAL	17
1. Hôpitaux capables seulement de trouver des donneurs potentiels d'organes perfusables et de les adresser à des centres de soins secondaires ou tertiaires	17

PAGE

2. Hôpitaux capables de diagnostiquer la mort cérébrale et d'assurer la surveillance des donneurs jusqu'à l'arrivée des équipes itinérantes de prélèvement ou jusqu'au transfert à des hôpitaux qui s'occupent du prélèvement ou au centre de greffe 20

3. Hôpitaux capables de prélever des organes et des tissus 22

4. Hôpitaux capables de prélever et de transplanter des organes et des tissus 24

SECTION C - LE DON : CONSIDÉRATIONS FONDAMENTALES 27

1. Identification et aiguillage des donneurs 27
2. Déclaration du décès 28
3. Évaluation des donneurs 30
4. Comment aborder la famille au sujet d'un don 31
5. Surveillance des donneurs 33
6. Prélèvement des organes 35
7. Conservation d'organes et de tissus 36
8. Partage et distribution d'organes 38

PAGE

ANNEXES

ANNEXE I	Programmes provinciaux et régionaux de prélèvement d'organes et de tissus au Canada	39
ANNEXE II	Liste de contrôle type des activités relatives au processus de don d'organes et de tissus	43
ANNEXE III	Éléments d'information devant figurer dans un guide de politiques et de pratiques sur le processus de don d'organes et de tissus	47
ANNEXE IV	Évaluation du programme et contrôle de la qualité : paramètres et marche à suivre	50
ANNEXE V	Considérations juridiques	52
ANNEXE VI	Le préposé au don d'organes à l'hôpital - Responsabilités	62
ANNEXE VII	Coordonnateurs des programmes régionaux de greffes et des banques d'yeux - Responsabilités rattachées au processus de don d'organes et de tissus	64
ANNEXE VIII	Congrès canadien des sciences neurologiques: Recommandations au sujet des critères de mort cérébrale	65
ANNEXE IX	Critères régissant le don d'organes et de tissus	72
ANNEXE X	Formule type pour l'évaluation automatique de don d'organes et de tissus	77
ANNEXE XI	Liste des guides régissant les programmes institutionnels	79

AVANT-PROPOS

Les progrès de la technologie et les changements apportés à la prestation des soins de santé ont rendu nécessaire la publication d'un guide visant à faciliter la planification et l'application des programmes et des services institutionnels. Le présent guide fait partie d'une série de publications élaborée sous la direction du Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels. Ces guides définissent logiquement les besoins d'un certain nombre d'unités de soins spéciaux, de services et de programmes dans les établissements qui dispensent des soins de santé.

En général, les guides sont fondés sur les renseignements, les connaissances, l'expérience, la recherche et l'opinion éclairée des professionnels et des organismes oeuvrant dans le domaine de la santé au Canada. Des organismes nationaux et internationaux de la santé et d'autres experts ayant des connaissances dans le domaine apportent également leur contribution. Cette méthode a permis à de nombreux Canadiens à travers le pays de participer à l'élaboration des guides et d'en arriver à un consensus à propos de l'approche proposée.

Historique

Sous la direction du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, le programme d'élaboration de guides est en application depuis 1972. Un sous-comité permanent du comité consultatif, le Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, composé des gouvernements fédéral et provinciaux et de représentants des professions, s'est vu accorder par le comité consultatif le mandat d'élaborer les guides.

Ces guides[1] sont rédigés par des groupes de travail formés d'experts et de spécialistes de la santé, dont certains représentent le gouvernement. Le sous-comité révise la version finale et la recommande au comité consultatif pour approbation.

---

1 On trouvera une liste complète des Guides à l'annexe XI.

Objectif

Ces guides ont pour but de définir précisément les besoins en matière de service dans les établissements de santé. Même si les directives s'appuient sur les connaissances et l'expérience d'experts qui en sont venus à un consensus, elles ne doivent pas être considérées comme des normes rigides. Les autorités provinciales en matière de santé peuvent modifier l'application de ces directives selon leurs besoins.

Lorsqu'on pense à établir un service, les directives devraient contribuer à déterminer le besoin d'un tel service, au niveau local, régional ou, dans certains cas, au niveau provincial ou même interprovincial.

Les services établis peuvent utiliser le guide pour déceler les lacunes et résoudre les problèmes sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer de nouveaux services. Dans le cas où le service existe, les directives permettront :

- d'identifier les problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux autres installations;

- de déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème;

- d'établir les mesures qui doivent être prises en priorité en fonction des besoins cliniques, des réalités financières et du degré suivant lequel le service est déficient.

Besoins futurs

L'augmentation phénoménale du nombre de services de soins intensifs et de soins spéciaux dans les établissements de santé a nécessité de nouveaux établissements, d'autres appareils spécialisés et une formation poussée d'un plus grand nombre d'employés. De nouvelles approches de prestation des soins se sont également dessinées de manière à insister sur la nécessité d'assurer un plan de soins plus structuré dans lequel l'admission à un établissement ne représente qu'un aspect du plan d'ensemble des soins. Il faut établir des liens dans toute la gamme de soins qui vont de la prévention des maladies aux soins chroniques. Avec l'arrivée de nouveaux traitements et de nouveaux procédés, il sera toujours nécessaire d'élaborer des directives pour aider ceux qui s'occupent de la planification et de l'application des services institutionnels.

Révisions

En raison des changements rapides dans le domaine de la prestation des soins de santé, le guide devra être mis à jour et révisé régulièrement. Il appartient au Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels de planifier et de superviser ces révisions.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume, était composé de :

Donald F. Moffat, président
Directeur, Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

William M. Allwood
Sous-ministre adjoint
Services assurés
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

Murray Barber
Expert-conseil en établissements de santé
Division de la planification des établissements de santé
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

Derek J. Beckley
Auparavant, Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Alberta Department of Hospitals and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

Primrose Bishop
Expert-conseil en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
ST JOHN'S (Terre-Neuve)

Marcus Hollander
Directeur, Analyse des programmes
Division des soins continus
Ministère de la Santé
VICTORIA (Colombie-Britannique)

D[r] Gordon A. Judge
Directeur médical et Directeur exécutif associé
St. Joseph's Hospital
HAMILTON (Ontario)

Phyllis MacDonald
Agent des normes
Division des installations urbaines de santé
Commission des services de santé du Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

D[r] J. Martin
Directeur des services professionnels
Centre hospitalier régional De Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

David L. Martin
Expert-conseil en technologie de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

D[r] Robert Seaver
Conseiller principal en médecine
Division des établissements
Direction générale des opérations en établissement
Ministère de la Santé
TORONTO (Ontario)

Janet Stow
Agent de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES HOSPITALIERS DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Le Guide des services hospitaliers de don d'organes et de tissus a été préparé pour le compte du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels par un groupe de travail composé d'experts dans le domaine des dons et de la transplantation d'organes et de tissus. Ce groupe de travail était composé des membres suivants :

D[r] Harold Colburn - Président
Directeur, Division des services de prévention en santé
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

M[me] Del Johnston
Coordonnatrice des transplantations
Manitoba Transplant Program
WINNIPEG (Manitoba)

M. Jacques Labelle
Directeur général
Hôpital Général d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M[me] Nancy LePitre
Agent de programme et de liaison
Division des services de prévention en santé
Division des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

M. David L. Martin
Expert-conseil en technologie de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Joan E. Nightingale
Directrice, soins critiques
Direction des opérations en établissement
Alberta Department of Hospitals and Medical Care
EDMONTON (Alberta)

M^me^ Carol Rompré
Infirmière médicale
Unité des soins intensifs
Institut de cardiologie de Montréal
MONTRÉAL (Québec)

D^r^ Stanley Schatz
Professeur de neurochirurgie
Université McMaster
Chef du service de neurochirurgie
Hamilton Civic Hospitals
HAMILTON (Ontario)

M. Bernard Starkman
Chef, Droit médical
Projet sur la protection de la vie
Révision du droit pénal
Ministère de la Justice
OTTAWA (Ontario)

D^r^ William J. Wall
Professeur agrégé de chirurgie
University of Western Ontario
LONDON (Ontario)

M^me^ Anne M. Wolf
Secrétaire générale
Eye Bank of Canada (Ontario)
TORONTO (Ontario)

SERVICES HOSPITALIERS DE DONS D'ORGANES ET DE TISSUS

PRÉAMBULE

La transplantation d'organes et de tissus est de plus en plus utilisée comme forme de traitement auprès de personnes souffrant de certaines affections terminales car elle leur offre la possibilité d'améliorer leur qualité de vie ou de prendre un nouveau départ dans la vie.

Il existe deux sources de tissus et d'organes greffables : le donneur vivant dans le cas d'organes qui se trouvent en double exemplaire ou de tissus qui se regénèrent et le donneur cadavérique.

Avec les progrès réalisés récemment dans les techniques chirurgicales et médicales et dans la conservation d'organes et de tissus et l'introduction de la cyclosporine, un immunosuppresseur, le nombre de transplantations a augmenté de façon phénoménale. À l'heure actuelle, des centaines de Canadiens se trouvent sur des listes d'attente. Beaucoup ne seront pas traités, faute d'organes et de tissus. Il ressort des études que 12 %[1] seulement des donneurs d'organes cadavériques en puissance deviennent effectivement des donneurs. Si ce chiffre passait à 50 % seulement, on aurait plus d'organes qu'il n'en faut.[2]

Ce qui nuit au prélèvement d'organes et de tissus c'est en grande partie l'absence d'un mécanisme établi dans les hôpitaux pour trouver et orienter des donneurs potentiels.

Ce guide a pour objet de procurer aux hôpitaux des indications pour la planification et l'organisation de services de dons de tissus et d'organes cadavériques, si besoin est, ou pour l'amélioration de programmes existants.

---

1 Stiller, Calvin et Neil McKenzie. "A Plea For The Heart, The Kidney, The Liver, The...", Medical Post, 5 février 1985, page 12.

2 Gilmore, Ann, "Producing Donor Organs: Firm but friendly encouragement required", Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 134, 15 avril 1986, page 932.

Nous ne traiterons pas ici de dons faits par des personnes en vie; les hôpitaux désireux de mieux se renseigner à ce sujet peuvent communiquer avec le programme régional de greffes. Il n'existe pas encore de normes nationales en la matière.

Il est important de distinguer les organes perfusables (par exemple les reins, le foie, le coeur, le bloc coeur-poumons, les poumons et le pancréas) des organes et tissus non perfusables (par exemple les yeux, la peau, les os, les valves cardiaques, la dure-mère, le fascia)[3]. Les donneurs d'organes perfusables sont généralement des personnes relativement jeunes qui ont déjà été bien portantes et qui ont été victimes d'un accident grave ou d'une catastrophe médicale, qui ont entraîné une interruption fatale des fonctions cérébrales. Ces donneurs doivent, après leur décès, être branchés sur un appareil[4] pour que les poumons soient oxygénés et que soit assuré un débit sanguin suffisant vers les organes jusqu'au moment du prélèvement. Dans le cas des donneurs d'organes et de tissus non perfusables, que nous désignerons ici par le terme de "tissu", le maintien du débit sanguin après le décès n'est pas nécessaire.

Il ne sera pas question dans ce document des directives concernant la prestation de services de transplantation. Les hôpitaux qui souhaiteraient se renseigner sur ces services devraient se reporter au guide, "Centre de transplantation d'organes vitaux", 1986.

À mesure que s'étendent les critères de sélection des donneurs et que s'améliorent les techniques de conservation, le nombre potentiel d'organes et de tissus utilisables est appelé à augmenter. Cependant, avec l'élargissement des critères de sélection des bénéficiaires, la reconnaissance accrue de la transplantation comme mode de traitement acceptable et l'augmentation des données sur les transplantations, on va se retrouver avec un nombre accru de patients qui seront orientés plus tôt. Il est possible que la pénurie chronique d'organes et de tissus à greffer s'intensifie.

---

3 Les valves cardiaques, la dure-mère et le fascia ne sont pas prélevés selon une technique habituelle et nous n'aborderons pas le sujet ici. On peut obtenir des renseignements sur ces tissus en s'adressant à des programmes régionaux de greffe.

4 Les appareils de maintien du donneur comprennent le matériel permettant d'assurer le maintien de l'oxygénation et le débit sanguin d'un donneur, en cas de mort cérébrale.

Le mécanisme de dons d'organes et de tissus, en vigueur au Canada, est essentiellement fondé sur "l'incitation à l'action volontaire". Les lois provinciales touchant les dons, pour la plupart inspirées de la Loi uniforme sur les dons de tissus humains, prônent le principe du consentement explicite. Autrement dit, à quelques exceptions près, (voir annexe V - Considérations juridiques), un médecin ne peut prélever des organes ou tissus pour une greffe sans le consentement du donneur ou d'autres personnes concernées. Même si le consentement a été donné par le donneur avant le décès, on sollicite généralement celui de la famille du donneur[5].

La transplantation d'organes dépend de l'altruisme des gens, autrement dit de leur volonté de venir en aide à leurs semblables. Les dons représentent pour la famille du donneur un moyen d'aider autrui et de soulager la douleur associée à la perte d'un être cher.

Les organes et tissus obtenus dans un hôpital sont fréquemment transplantés dans d'autres hôpitaux, parfois à l'extérieur de la province ou du pays. On peut prélever plusieurs organes et tissus chez un même donneur. Pour chaque donneur, il est essentiel de mettre en place des mécanismes efficaces si l'on veut trouver des donneurs potentiels et prélever à temps des organes et tissus et les transporter là où il est possible d'en faire un usage optimal.

Le don d'organes et de tissus est facilité par un réseau national de personnes appelées "coordonnateurs de greffes". Dans le cas de dons d'yeux, les dispositions nécessaires sont généralement prises par les coordonnateurs des banques d'yeux régionales et provinciales. Une liste de programmes provinciaux et régionaux de prélèvement d'organes figure à l'annexe I.

Pour s'assurer une collaboration maximale, il importe que les rôles et interactions des groupes et particuliers qui s'occupent de dons d'organes et de tissus soient très bien définis et saisis par tous les intéressés.

Bien qu'il n'existe aucune entente en bonne et due forme concernant la coordination entre organismes, la coordination des dons et des échanges d'organes et de tissus à l'échelle nationale se fait de la manière suivante : (i) des rapports de travail très étroits entre coordonnateurs

---

5 Lorsqu'un donneur a fait connaître son intention de faire don de ses organes et tissus avant son décès, on contacte malgré tout la famille pour faire sanctionner cette décision. Pour d'autres explications, voir page 31 "Comment aborder la famille au sujet d'un don".

par un service téléphonique fonctionnant 24 heures par jour; (ii) un réseau informatisé qui englobe la plupart des centres de greffes canadiens; (iii) des liens avec d'autres réseaux informatisés nord-américains et (iv) des réunions et échanges d'information périodiques à l'échelle nationale.

Les directives doivent non seulement aider les hôpitaux à mettre au point des programmes de dons mais également à perfectionner le réseau de dons et d'échanges d'organes et de tissus au Canada.

Les hôpitaux ne disposent pas tous d'unités spécialisées permettant de réaliser des transplantations ou de maintenir les donneurs sur des appareils appropriés jusqu'à ce que les organes soient prélevés. Il reste que tous les hôpitaux peuvent prendre part au processus, du moins en ce qui concerne le don d'yeux. Pour que le prélèvement d'organes et de tissus se fasse dans des conditions optimales, il faut que chaque hôpital adopte une approche systématique élaborée à partir de politiques écrites et de pratiques compatibles avec ses ressources et ses politiques médicales et administratives ainsi que celles des organismes de financement.

SECTION A - LE PROCESSUS DE DON - L'ORDRE DES ÉVÉNEMENTS

1. Les organes perfusables

La figure I montre la série d'étapes que comporte tout le processus du don d'organes perfusables. L'annexe II renferme une liste de contrôle type des principales activités inhérentes à chaque étape. Un certain nombre de variables touchent à la fois la succession des événements et le degré de participation de l'hôpital. L'essentiel ici c'est la disponibilité de ressources matérielles, humaines et organisationnelles requises pour chaque étape. On trouvera sous la rubrique 3 ci-dessous un classement des hôpitaux en fonction des ressources requises. Bon nombre des étapes peuvent se dérouler simultanément ou dans un ordre différent selon la situation. Le besoin de coordination est accentué en cas de dons d'organes multiples[6]. Le personnel hospitalier devrait être souple et avoir la capacité et le pouvoir d'agir dans des circonstances exceptionnelles.

Dans la section B "Le don - Considérations administratives et organisationnelles" (pages 11-26), il est question des ressources organisationnelles, humaines et matérielles nécessaires au don d'organes perfusables. Les détails de chaque étape sont exposés dans la section C "Le don - Considérations fondamentales" (pages 27-38).

Les hôpitaux qui s'occupent de dons d'organes perfusables peuvent et devraient également jouer un rôle dans le don de tissus.

2. Les tissus

La figure II montre les différentes étapes du don de tissus. Le maintien de la respiration et des pulsations cardiaques n'est pas nécessaire dans le cas des donneurs de tissus. Autrement dit, ces derniers peuvent être des patients déjà morts à leur arrivée à l'hôpital ou qui meurent à l'hôpital. Dans la partie qui traite des organes perfusables, il est question des ressources organisationnelles, humaines et matérielles ainsi que des considérations médicales et d'autres considérations professionnelles en ce qu'elles ont trait au don de tissus.

---

6 Le don d'organes multiples suppose le prélèvement de plus d'un organe ou de tissus sur un donneur cadavérique.

Figure 1

LE DON D'ORGANES PERFUSABLES*

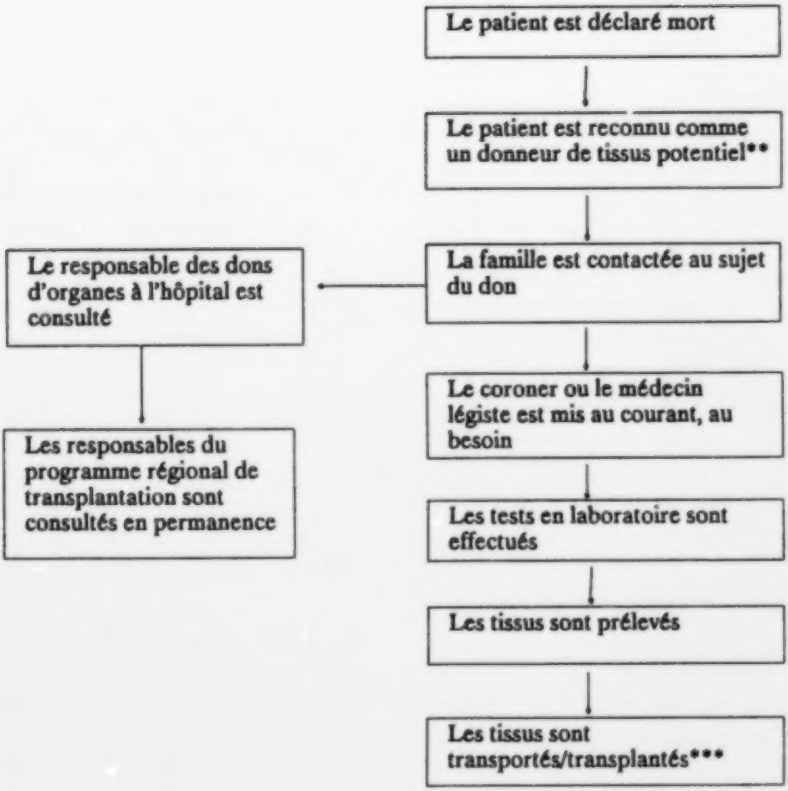
---

* Les donneurs d'organes perfusables peuvent également faire don de tissus tels que les yeux, les os et la peau.

** Dans le cas du bloc coeur-poumon et du poumon, les donneurs sont généralement transportés vers le centre de transplantation concerné pour le prélèvement de l'organe alors que dans les cas du pancréas, les donneurs doivent absolument être transportés sur le lieu de la greffe pour le prélèvement de l'organe.

Figure II

LE DON DE TISSUS*



* Il s'agit ici de cas où le don ne concerne que les tissus.

** Le patient peut aussi être identifié comme un donneur potentiel avant sa mort.

*** En général, les prélèvements d'os et de peau se font uniquement dans des hôpitaux situés dans la même région métropolitaine que ceux effectuant la transplantation de ces tissus.

3. Classement des hôpitaux selon les ressources nécessaires à la participation aux dons

Le classement ci-après a été établi suivant le principe que n'importe quel hôpital peut jouer un rôle sur le plan des dons, du moins dans le cas des yeux. Un hôpital doit être en mesure de se reconnaître dans l'une des quatre catégories suivantes :

(1) Hôpitaux uniquement capables de trouver des donneurs potentiels d'organes perfusables et de les adresser à des centres de soins secondaires ou tertiaires.

Il s'agit généralement d'établissements de petite taille ou de taille moyenne qui disposent de peu de ressources médicales, infirmières et autres pour les soins critiques. Certains hôpitaux plus grands qui choisissent d'adresser à d'autres établissements des patients atteints de lésions cérébrales peuvent également être comptés dans cette catégorie. Les hôpitaux qui renvoient habituellement ailleurs des patients atteints de lésions cérébrales peuvent à l'occasion les garder en raison de la futilité apparente du traitement traumatisant. Ces personnes devraient dans la mesure du possible être considérées comme des donneurs d'organes potentiels et, s'il y a lieu, être renvoyées à un autre établissement dans cette optique.

Les hôpitaux appartenant à cette catégorie n'auront pas tous la capacité de maintenir la respiration et la circulation pendant les périodes soutenues du diagnostic de la mort cérébrale et du maintien du donneur. Tous, cependant, devraient être au courant des critères régissant le don et avoir des protocoles pour stabiliser les donneurs potentiels et les transférer à des centres appropriés.

Lorsque les chances de survie d'un patient transféré à un autre établissement sont faibles, la famille peut être informée de l'éventualité d'un don d'organe. On doit faire part au centre de transplantation concerné de cette possibilité ainsi que du point de vue de la famille.

Si le patient est mort à son arrivée ou n'est visiblement pas un donneur adéquat d'organes perfusables, ces hôpitaux devraient au besoin procéder sur place au prélèvement de tissus.

(2) Hôpitaux capables de diagnostiquer la mort cérébrale et d'assurer la surveillance des donneurs jusqu'à l'arrivée d'équipes itinérantes chargées du prélèvement ou d'assurer le transfert aux centres de transplantation ou aux hôpitaux qui s'occupent du prélèvement d'organes.

Ces établissements sont en mesure de maintenir la respiration et la circulation pendant les périodes soutenues du diagnostic de la mort cérébrale et du maintien du donneur. Certains de ces hôpitaux peuvent entreprendre de diagnostiquer la mort cérébrale, d'assurer le maintien du donneur, de contacter les familles au sujet d'un don et d'offrir le personnel médical et infirmier ainsi que les services du bloc opératoire pour faciliter la tâche des équipes itinérantes proposées au prélèvement d'organes. D'autres hôpitaux, surtout ceux qui sont très rapprochés d'un centre de transplantation peuvent, sous réserve d'une entente préalable avec le centre et les familles des donneurs, ne pas s'occuper activement de maintien des donneurs ou de prélèvement d'organes, mais transférer ces personnes immédiatement au centre de greffes.

(3) Hôpitaux capables de prélever les organes et tissus

Non seulement ces hôpitaux sont en mesure de diagnostiquer la mort cérébrale ou de la confirmer auprès des donneurs transférés par d'autres hôpitaux et d'assurer le maintien des donneurs, mais ils disposent des ressources voulues pour prélever et conserver des organes devant être transportés à un centre de greffe. Cette façon de procéder ne vaut généralement que pour des dons de reins et nécessite l'intervention d'un chirurgien généraliste ou d'un urologue ou d'un personnel infirmier qui a l'habitude des prélèvements d'organes à greffer. Lorsqu'il s'agit du foie ou du coeur, les donneurs sont adressés à des centres de greffes ou des équipes itinérantes affectées au prélèvement se rendent dans des hôpitaux où se trouvent les donneurs et bénéficient de l'aide du personnel hospitalier. En ce qui concerne les dons du bloc coeur-poumon et poumons, les donneurs sont généralement transférés à des centres de transplantation. Les donneurs de pancréas doivent être transférés au centre de greffes du receveur pour le prélèvement de l'organe.

Ces hôpitaux doivent pouvoir pratiquer des greffes d'yeux, de peau, d'os et d'autres tissus, mais ne sont pas désignés comme centres de greffes d'organes perfusables. De manière générale, le prélèvement d'os et de peau se fait dans les hôpitaux situés dans la même région urbaine que l'établissement qui pratique les greffes de ces tissus.

(4) Hôpitaux capables de prélever et de transplanter des organes et des tissus

Un petit nombre d'hôpitaux au Canada sont non seulement en mesure de remplir les fonctions décrites dans les catégories 1 à 3, mais disposent également du personnel et des appareils spécialisés permettant de transplanter un ou plusieurs organes et sans doute plusieurs types de tissus. Ce genre d'hôpitaux peuvent mettre leur personnel à la disposition des équipes itinérantes pour le prélèvement d'organes devant être greffés ailleurs.

SECTION B - LE DON : CONSIDÉRATIONS ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES

1re PARTIE - CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES HÔPITAUX

1. La décision de participer

Il est important que les hôpitaux qui adhèrent à un programme de don déterminent leur niveau de participation ainsi que les ressources nécessaires. Ils devraient contacter les programmes régionaux de greffes[7] qui leur faciliteront l'étape de l'évaluation. Cette prise de contact aidera à réduire au minimum le dédoublement d'efforts, à uniformiser les pratiques et à assurer la coordination des activités.

Les hôpitaux trouveront peut-être utile de constituer un comité spécial ou de désigner une personne qui (i) ferait une analyse rétrospective des décès pour déterminer le nombre et les types de donneurs d'organes et de tissus potentiels et (ii) évaluerait leurs ressources et celles de leurs collectivités. Le comité devrait comprendre les membres du personnel médical, infirmier et de direction. La personne devrait consulter le personnel médical, infirmier et de gestion compétent.

Les ressources nécessaires à l'évaluation

Voici les facteurs à prendre en considération :

- les ressources humaines et matérielles requises pour (i) identifier les donneurs potentiels; (ii) diagnostiquer la mort cérébrale; (iii) maintenir ou transporter les donneurs et (iv) prélever et transporter des organes et tissus;

- les liens possibles avec les programmes régionaux de greffes ainsi que leurs conséquences;

- les coûts annuels du programme (par exemple les frais de démarrage et les coûts de fonctionnement);

- les pratiques de l'hôpital qui favorisent ou découragent les dons.

---

7 Les "programmes de greffes" comprennent les programmes de greffes d'yeux et d'organes perfusables.

La détermination du nombre et des types de donneurs potentiels

Le comité ou la personne désignée devrait réaliser une analyse rétrospective d'une année de tous les décès survenus à l'hôpital chez les sujets de moins de 70 ans, y compris les nouveau-nés. Cette analyse doit tenir compte des décès survenus à l'unité de soins critiques ou au service d'urgence. Il s'agit de déterminer quels sont les patients dont la cause des décès aurait permis un don d'organes ou de tissus (voir L'évaluation des donneurs, page 30). Il n'est pas nécessaire de tenir compte de la qualité des soins médicaux dispensés avant la mort ou au moment du décès. Il importe de prendre les dispositions voulues pour protéger l'identité des personnes décédées.

Voici les points sur lesquels devrait porter l'analyse des décès :

- l'importance de la banque de donneurs potentiels;
- la répartition par âge des donneurs potentiels;
- la répartition saisonnière des donneurs potentiels;
- la répartition des diagnostics compatibles avec le don;
- la durée du séjour à l'hôpital des donneurs potentiels avant la mort;
- le lieu où était soignée la personne au moment où la mort est survenue;
- les organes et tissus qui pourraient faire l'objet d'un don.

Il faudrait rendre compte des conclusions et recommandations aux administrateurs de l'hôpital, au corps médical et, au besoin, au conseil d'administration pour une décision finale.

2. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme

Le comité de don d'organes

Une fois la décision prise de participer, un hôpital peut, selon les ressources et la taille prévue du programme, mettre sur pied un comité de dons d'organes (C.D.O.) ou confier à une personne la charge d'élaborer, de mettre en oeuvre et de superviser le programme. Le C.D.O. devrait regrouper les personnes le plus susceptibles de prendre part au programme, par exemple les membres du personnel médical et infirmier, les travailleurs sociaux, le clergé et les membres du personnel administratif, et devrait, au besoin, consulter l'avocat de l'hôpital. Les représentants des programmes régionaux de greffes devraient dans la mesure du possible être mis à contribution.

Les politiques et pratiques

Le C.D.O. ou la personne désignée devrait élaborer des politiques et pratiques adaptées au degré de participation et circonstances de l'hôpital et compatibles avec celles des programmes régionaux de greffes. Voici les éléments qui devraient être pris en considération :

- L'identification des donneurs - notamment l'implantation d'un mécanisme permettant de trouver tous les donneurs potentiels, de les évaluer pour déterminer s'ils sont des donneurs valables et de les enregistrer selon les critères établis pour chaque type d'organes ou de tissus. Les hôpitaux pourraient songer à mettre en place un système de l'évaluation automatique des donneurs potentiels[8]. (Voir également "Comment aborder la famille au sujet d'un don", page 31);

- Le diagnostic de la mort cérébrale - notamment les critères relatifs au diagnostic et les médecins autorisés à poser un tel diagnostic;

- Les démarches auprès des familles au sujet d'un don - y compris le personnel concerné et la marche à suivre;

- La liaison avec les programmes régionaux de greffes, y compris les dispositions à prendre pour que le prélèvement se fasse à temps et pour assurer une utilisation optimale des organes et tissus transplantables. Il y aurait lieu de définir les responsabilités respectives des programmes hospitaliers et régionaux ainsi que les questions qui nécessitent des efforts de coordination;

- L'avis donné au coroner ou au médecin légiste - il s'agit de préciser les circonstances qui justifient que l'on avise le coroner ou le médecin légiste et que l'on obtienne et enregistre leur consentement au don ou à l'autopsie;

---

8 Il s'agirait ici pour le médecin d'inscrire au dossier de chaque patient décédé à l'hôpital les renseignements suivants (i) que le patient a été jugé un donneur potentiel au terme d'une évaluation; (ii) si le patient répond aux critères relatifs au donneur; (iii) si la famille a été contactée au sujet du don et (iv) la décision de la famille. Si la famille n'est pas contactée, les raisons sont documentées. L'hôpital réalise une vérification des dossiers de tous les décès pour évaluer le système. Voir également l'annexe X pour une formule type.

- Le groupage tissulaire et d'autres essais en laboratoire - y compris l'envoi d'échantillons à un laboratoire qui effectue des groupements tissulaires (le laboratoire interne ou un autre laboratoire désigné) et la communication des résultats aux programmes régionaux de greffe;

- La surveillance du donneur - organes perfusables - notamment i) les mécanismes permettant d'alerter et de faire intervenir le personnel 24 heures par jour; ii) le transport des cadavres des donneurs à des centres de greffe, et iii) les méthodes de surveillance du donneur;

- Le prélèvement d'organes et de tissus - y compris (i) les techniques et le personnel concernés pour chaque organe et tissu; (ii) la mobilisation des services de chirurgie (iii) les dispositions à prendre pour l'arrivée et le départ des équipes itinérantes de prélèvement et l'octroi à ces derniers de privilèges de l'hôpital à titre temporaire, et (iv) les données concernant le décès, le consentement de la famille et du coroner ou du médecin légiste, à inscrire au dossier du donneur à l'hôpital avant le prélèvement de l'organe;

- Le soin et le transport des organes et des tissus du donneur - y compris les techniques de conservation propres à chaque organe et tissu et les dispositions (et dans certains cas le coût) relatives au transport des organes et tissus au centre de greffe désigné ou, s'il s'agit d'yeux, à la banque régionale d'yeux.

L'annexe III énumère les rubriques devant figurer dans un guide des politiques et pratiques.

3. L'évaluation du programme et le contrôle de la qualité

L'évaluation du programme et le contrôle de la qualité portent sur une question : quels sont les critères applicables au don et dans quelle mesure le programme y satisfait. Le contrôle de la qualité porte sur la valeur des services dispensés alors que l'évaluation du programme porte sur une vision globale du programme. Des détails concernant le type et les méthodes de contrôle de la qualité et de l'évaluation du programme - par exemple, la réalisation d'une vérification - sont fournis à l'annexe IV.

L'évaluation du programme et le contrôle de la qualité devraient incomber au C.D.O. ou à la personne désignée. Il y aura des variations selon la grandeur de l'hôpital et la nature de chaque programme de don d'organes. Il importe que l'un ou l'autre bénéficie de l'appui du personnel hospitalier préposé aux dossiers médicaux et dispose de suffisamment de ressources pour recueillir l'information exigée par les programmes régionaux de greffe.

4. La sensibilisation du public et la liaison avec la collectivité

Qui dit programme de don dit nécessairement un programme dynamique et pluridimensionnel de sensibilisation du public. Les familles pour lesquelles le don d'organes ou de tissus est un concept étranger sont moins capables de composer avec le phénomène du décès d'un de leurs membres.

Il est possible que les médias locaux et les groupes communautaires demandent aux hôpitaux de leur communiquer les données. Les hôpitaux désireux de lancer des programmes communautaires de sensibilisation du public (conférences, présentoirs et stands d'information ou contacts avec les médias), peuvent obtenir du matériel d'information auprès des programmes régionaux de greffe. Les hôpitaux peuvent placer les renseignements concernant les dons, par exemple, les fiches à remplir par les donneurs et les brochures, dans le hall de l'hôpital.

La mise en oeuvre d'un programme de sensibilisation ne coûte pas nécessairement cher. Il est possible de mettre à contribution des bénévoles ayant reçu une formation. En règle générale, les modalités et la complexité du programme dépendront du temps disponible et de l'intérêt de ceux qui donnent et reçoivent l'information.

5. La formation du personnel et qualifications requises

Le personnel concerné devrait posséder un bagage adéquat. Mais surtout, le don et les greffes d'organes doivent lui tenir à coeur. Pour pouvoir participer, il doit comprendre le mécanisme du don.

Programme de formation en cours d'emploi

Ce programme devrait comprendre des données de base qui rendent compte de l'évolution de la question des dons et des greffes d'organes, notamment sur les types d'organes prélevés, les avantages des dons pour les familles des donneurs et les receveurs de greffes, la responsabilité des professionnels face à la participation aux dons et les questions éthiques et juridiques y afférentes.

L'information sur les dons devrait normalement faire partie du programme de formation en cours d'emploi offert au personnel préposé aux soins critiques et aux soins d'urgence et être mis à la disposition de tous les autres membres du personnel, y compris le personnel de maison et les étudiantes en sciences infirmières. Leur formation devrait toucher à la question des dons.

Les programmes de formation en cours d'emploi devraient être mis en oeuvre avec l'appui des programmes régionaux de greffe et de concert avec les chefs de service concernés. Il faudrait songer à faire appel à des conférenciers invités, des ateliers et colloques et à offrir de l'information dans la bibliothèque médicale de l'hôpital.

Un des aspects importants des programmes de formation c'est la rétroaction donnée au personnel qui s'occupe des dons. Il faudrait, dans la mesure du possible, offrir au personnel rattaché à l'hôpital du donneur des occasions de rencontrer ou de communiquer par écrit avec les receveurs.

Éducation permanente

La transplantation est une discipline qui évolue à grands pas. Lorsqu'on établit un budget en vue d'un programme, il y a lieu de songer à permettre au personnel de prendre part à des ateliers, colloques et conférences et de se rendre compte de ce qui se fait dans d'autres programmes de dons et de greffes. Le personnel devrait aussi participer à l'évaluation des programmes de dons et à des activités de recherche rattachées aux dons.

6. Les considérations juridiques

Toutes les provinces disposent d'une législation régissant les dons et les greffes. La plupart se sont inspirées de la loi "Uniform Human Tissue Gift Act". On trouvera à l'annexe V une copie de la Loi et une analyse de ses applications pratiques ainsi que d'autres considérations juridiques. Les hôpitaux devraient obtenir et revoir la législation pertinente lorsqu'ils élaborent des politiques et des pratiques.

7. Les considérations religieuses

Trois grandes religions - la juive, la catholique romaine et la protestante - reconnaissent les fondements moraux et éthiques, médicaux et juridiques sur lesquels reposent les dons et les greffes d'organes et de tissus. Certaines religions, par exemple les Témoins de Jéhovah, n'ont aucun point de vue officiel sur la question et laissent à la personne le soin de prendre une décision finale. La position des familles qui adhèrent à des religions qui ne sanctionnent pas les dons doit être respectée. Les hôpitaux doivent décider si ces familles devraient ou non se voir offrir l'occasion de faire un don d'organes ou de tissus.

2e PARTIE - RESSOURCES REQUISES PAR CATÉGORIE D'HÔPITAL

Les ressources humaines et matérielles requises dépendent du niveau de participation de l'hôpital, du nombre de donneurs potentiels et de l'aide offerte par les programmes régionaux de greffe. Pour certains établissements, les besoins en nouvelles ressources seront infimes.

Tous les hôpitaux, par contre, ont besoin d'un personnel médical et infirmier qui soit au courant de la nécessité d'avoir des donneurs, des avantages de la transplantation, des critères applicables au donneur, de la mort cérébrale et des méthodes de surveillance des donneurs. Il importe au premier chef que le personnel médical et infirmier des services de soins critiques et des services d'urgence de l'hôpital soit en mesure de trouver des donneurs potentiels et de les orienter vers les services appropriés.

Ainsi que nous l'avons décrit dans la première partie, les recommandations qui suivent reposent sur le principe que chaque hôpital peut s'occuper de dons, du moins dans le cas des yeux.

(1) HÔPITAUX CAPABLES SEULEMENT DE TROUVER DES DONNEURS POTENTIELS D'ORGANES PERFUSABLES ET DE LES ADRESSER À DES CENTRES DE SOINS SECONDAIRES OU TERTIAIRES

1.1 Dotation en personnel et heures de travail

Personnel médical et infirmier

Le personnel médical et infirmier requis doit comprendre :

- des médecins au courant des critères applicables à la mort cérébrale. Pour des raisons médico-légales, il peut être souhaitable que la mort cérébrale soit reconnue le plus tôt possible. C'est une formalité qui peut être remplie dans n'importe quel hôpital et, au besoin, sera confirmée au centre de greffe;

- un omnipracticien, un ophtalmologiste ou un pathologiste pour le prélèvement de l'oeil (énucléation). Dans certaines provinces, un technicien de la banque régionale d'yeux peut être délégué pour faciliter ou entreprendre cette opération;

- des médecins et infirmières au fait des techniques de base de stabilisation et de surveillance des donneurs avant et pendant le transfert à des centres de soins secondaires et tertiaires.

Le préposé au don d'organes à l'hôpital

Un préposé au don d'organes peut être désigné pour coordonner les dons, élaborer les programmes et politiques, s'occuper de la sensibilisation du public et de la formation du personnel et de la liaison avec les programmes régionaux de greffe.

Dans les petits établissements, le préposé peut être une infirmière agréée qui remplit d'autres fonctions. Ces responsabilités quotidiennes rattachées au don peuvent être minimes selon le nombre de donneurs potentiels.

Une description de tâches faisant état des fonctions et responsabilités du préposé devrait être rédigée de concert avec les responsables des programmes régionaux de greffe. On trouvera à l'annexe VI une liste des responsabilités qui peuvent être confiées à cette personne.

Les services sociaux[9]

Les responsabilités peuvent consister entre autres choses à conseiller les familles des donneurs et à se renseigner auprès du personnel au sujet des sentiments et des besoins de celles-ci. Ce service peut être assuré par une infirmière ou un autre membre du personnel qui a noué des relations avec la famille en question.

Il faudrait prendre les dispositions voulues pour assurer un suivi auprès des familles.

Les services du clergé[9]

Le clergé peut à la fois conseiller les familles au sujet de dons et prêter main-forte au personnel. Il est possible à cet égard de faire appel au conseiller spirituel de la famille ou à un autre membre du clergé.

Soutien administratif et autres services

Les services de soutien administratif et de dactylographie sont nécessaires à plusieurs égards : tenue de dossiers, collecte de données

---

9 Les hôpitaux qui font partie de cette catégorie peuvent ou non disposer de services sociaux ou du clergé. Ce type d'aide peut être obtenu dans la communauté.

et fonctions connexes. Ces services peuvent être minimes selon le nombre de donneurs et peuvent être assurés par le personnel préposé à d'autres programmes.

1.2 Formation du personnel et qualifications requises

Il faudrait implanter un programme de formation en cours d'emploi de concert avec les responsables des programmes régionaux de greffe pour renseigner le personnel au sujet du don et des greffes d'organes et de tissus et lui inculquer les notions qui s'y rattachent : identification du donneur, renvoi à des centres appropriés, techniques de base de surveillance du donneur et démarches auprès des familles au sujet du don.

1.3 Départements et services de soutien particuliers

Le service d'admission (qui vérifie la carte de donation ou la partie du permis de conduire qui traite du don d'organe);
Les dossiers médicaux (pour des besoins de vérification);
Les services de bénévolat (pour les programmes de sensibilisation du public).

1.4 Répartition et utilisation de l'espace

Une salle réservée aux familles

Il faudrait mettre à la disposition des familles des donneurs une salle où elles puissent s'isoler et rencontrer le personnel hospitalier. Cette salle devrait offrir une certaine intimité et être située à proximité du lieu où sont dispensés les soins aux patients, ce qui facilite l'accès au personnel.

Locaux administratifs

La grandeur et la nature des locaux administratifs dépendront du programme de don. Des locaux peuvent s'avérer nécessaires pour la tenue des dossiers et les entretiens privés en tête à tête et par téléphone.

1.5 Appareillage

Les appareils suggérés sont ceux qui permettent d'évaluer les réflexes du tronc cérébral et d'assurer la surveillance des donneurs avant le transfert et le prélèvement des yeux.[10]

(2) HÔPITAUX CAPABLES DE DIAGNOSTIQUER LA MORT CÉRÉBRALE ET D'ASSURER LA SURVEILLANCE DES DONNEURS JUSQU'À L'ARRIVÉE DES ÉQUIPES ITINÉRANTES DE PRÉLÈVEMENT OU JUSQU'AU TRANSFERT À DES HÔPITAUX QUI S'OCCUPENT DU PRÉLÈVEMENT D'ORGANES OU AU CENTRE DE GREFFE

2.1 Dotation en personnel et heures de travail

Personnel médical et infirmier

Les exigences sur ce plan, outre celles exposées sous la rubrique 1.1 (page 17), sont les suivantes :

- des médecins ayant reçu la formation voulue pour diagnostiquer la mort cérébrale;

- un médecin (par exemple un anesthésiste, un néphrologue, un urologue, un interniste ou un chirurgien) chargé de l'évaluation du donneur et qui prend en charge les aspects hémodynamique et pharmacologique du processus;

- les infirmières au courant des mécanismes de surveillance des donneurs. (Les donneurs branchés sur des appareils de maintien ont besoin de soins infirmiers individualisés dans un environnement où sont dispensés des soins critiques);

- un personnel médical et infirmier capable de seconder au besoin des équipes itinérantes de prélèvement d'organes.

D'autres membres du personnel devraient dans la mesure du possible et, à la demande de l'équipe désignée, prendre en charge les soins des patients, une fois la mort cérébrale diagnostiquée et les soins de

---

10 L'équipement requis pour le prélèvement des yeux comprend un plateau d'énucléation, des solutions de conservation et un contenant spécial pour le transport, que l'on peut se procurer auprès de la banque régionale d'yeux.

maintien amorcés. Un personnel médical et infirmier ayant reçu une formation dans les techniques de maintien des donneurs devrait être disponible 24 heures sur 24.

Préposé aux dons d'organes à l'hôpital

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Services sociaux

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Des membres du personnel spécialisés dans les interventions d'urgence et dans les contacts avec les familles des patients décédés peuvent être mis à contribution.

Services du clergé

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Soutien administratif et autres services

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Soutien technique

Lorsque les équipes itinérantes de prélèvement ne comprennent pas un technicien en perfusion, il faudra faire appel à un membre du personnel spécialisé en perfusion et en conservation d'organes.

2.2 Formation du personnel et qualifications requises

Outre les points énumérés sous la rubrique 1.2 (page 19), le personnel devrait recevoir une formation et bénéficier d'un programme d'éducation permanente dans les techniques avancées de surveillance du donneur.

2.3 Départements et services de soutien particuliers

Outre les services énumérés sous la rubrique 1.3 (page 19), on doit compter :

Des services de laboratoire

Il est nécessaire de disposer d'un laboratoire pour la réalisation des tests hématologiques normalement requis pour les soins dispensés aux malades graves ainsi que les tests visant à évaluer les organes et tissus

ayant fait l'objet d'un don. Ce sont les programmes régionaux de greffe qui devraient mettre au point des tests et protocoles.

2.4 Répartition et utilisation de l'espace

Voir rubrique 1.4 (page 19).

2.5 Appareillage

Voir rubrique 1.5 (page 20).

On utilise des instruments neurologiques courants pour diagnostiquer la mort cérébrale.

L'équipement utilisé pour la surveillance des donneurs jusqu'au prélèvement des organes est le même que celui qui sert à dispenser des soins à des personnes souffrant de maladies graves, autrement dit, qui a pour fonction :

- de surveiller les changements rattachés à l'appareil cardio-vasculaire, pulmonaire, à l'équilibre hydrique et électrolytique;
- de déterminer les changements radiologiques;
- de réaliser des infusions colloïdales, des transfusions sanguines et l'insertion percutanée de cathéters par voie centrale (veineuse et artérielle).

(3) HÔPITAUX CAPABLES DE PRÉLEVER DES ORGANES ET DES TISSUS

3.1 Dotation en personnel et heures de travail

Personnel médical et infirmier

Aux exigences énumérées aux rubriques 1.1 (page 17) et 2.1 (page 20), viennent se greffer celles-ci :

- un anesthésiste qui prend en charge les aspects hémodynamique et pharmacologique pendant la période pré-opératoire;
- des spécialistes des domaines tels que les maladies infectieuses, la gastroentérologie, la cardiologie, la radiologie, la médecine pulmonaire et l'urologie;
- des chirurgiens qui prélèveraient des organes spécifiques. Ainsi, en règle générale, les reins sont prélevés par les urologues ou les

chirurgiens généralistes spécialisés dans le prélèvement de reins à greffer. Dans le cas des dons de coeur et de foie, des équipes de prélèvement sont généralement détachées par des centres de greffe;

- un personnel infirmier choisi en fonction du nombre et des types d'organes et de tissus prélevés.

Préposé aux dons d'organes à l'hôpital

Voir rubrique 1.1 (page 18).

La complexité des fonctions de cette personne augmentera en cas de dons d'organes multiples ou lorsque plus d'un centre de greffe est mis à contribution pour le prélèvement.

Services sociaux

Voir rubriques 1.1 (page 18) et 2.1 (page 21).

On doit pouvoir compter ici sur un investissement en temps de la part des travailleurs sociaux.

Services du clergé

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Soutien administratif et autres services

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Soutien technique

On aura besoin d'un perfusionniste ou d'une personne ayant reçu une formation appropriée (voir également rubrique 2.1 à la page 21).

3.2 Formation du personnel et qualifications requises

Outre les exigences exposées sous les rubriques 1.2 (page 19) et 2.2 (page 21), le personnel devrait recevoir une formation portant sur les protocoles de prélèvement et de conservation d'organes et être tenu au courant sur ce plan.

3.3 Départements et services de soutien particuliers

Voir rubrique 1.3 (page 19) et 2.3 (page 21).

3.4 Répartition et utilisation de l'espace

Voir rubrique 1.4 (page 19).

3.5 Appareillage

Outre les exigences exposées sous les rubriques 1.5 (page 20) et 2.5 (page 22), on doit prévoir des installations et le matériel suivants :

- salle d'opération munie d'instruments destinés aux grandes interventions chirurgicales;
- solutions et équipement nécessaires à la perfusion et à la conservation.

(4) HÔPITAUX CAPABLES DE PRÉLEVER ET DE TRANSPLANTER DES ORGANES ET DES TISSUS[11]

4.1 Dotation en personnel et heures de travail

Personnel médical et infirmier

Outre les exigences exposées sous les rubriques 1.1 (page 17), et 2.1 (page 20) et 3.1 (page 22), il doit y avoir :

- les spécialistes des greffes pour des organes et tissus spécifiques.

Le coordonnateur des transplantations

Les établissements qui pratiquent des greffes voudront peut-être élargir le champ des responsabilités du préposé au don d'organes à l'hôpital de façon à ce qu'il englobe la participation à la transplantation d'organes perfusables, la tenue de listes de patients qui attendent des greffes et les conseils et l'aide aux hôpitaux où se trouvent les donneurs. Dans la plupart des cas, le coordonnateur des transplantations est également coordonnateur régional ou provincial en la matière. On trouvera à l'annexe VII[12] un énoncé de fonctions type pour le coordonnateur régional des greffes.

---

11 Voir également "Centres de transplantation d'organes vitaux". 1986.

12 Ibid.

C'est généralement le coordonnateur régional ou provincial de la banque d'yeux qui tient la liste d'attente pour les greffes d'yeux. Les fonctions de ce coordonnateur sont analogues à celles du coordonnateur des greffes (voir annexe VII) mais ne touchent pas au prélèvement d'yeux.

Le coordonnateur régional des greffes devrait posséder au moins une année d'expérience dans ce domaine ainsi que les capacités administratives voulues pour la mise en oeuvre du programme, la collecte et l'analyse des données. Le coordonnateur devrait être disposé à travailler sur appel et à se rendre au besoin aux centres où se trouvent les donneurs.

Services sociaux

Voir rubriques 1.1 (page 18), 2.1 (page 21), 3.1 (page 23).

Services du clergé

Voir rubrique 1.1 (page 18).

Soutien administratif et autres services

Les coordonnateurs régionaux des greffes auront besoin de services de soutien administratif pour les fonctions suivantes :

- envoyer des lettres de remerciement au personnel médical et infirmier des hôpitaux des donneurs ainsi qu'aux familles des donneurs;

- s'occuper de la correspondance avec d'autres centres de greffe et avec les programmes d'assurance-maladie (par exemple, au sujet des honoraires et des frais médicaux);

- tenir à jour les dossiers.

4.2 Formation du personnel et qualifications requises

Outre les exigences exposées sous les rubriques 1.2 (page 19), 2.2 (page 21) et 3.2 (page 23), il faut rajouter ici une formation à jour dans les techniques de greffe.

4.3 Départements et services de soutien particuliers

Voir rubriques 1.3 (page 19), 2.3 (page 21) et 3.3 (page 23).

4.4 Répartition et utilisation de l'espace

Voir rubrique 1.4 (page 19).

4.5 Appareillage

Voir rubriques 1.5 (page 20), 2.5 (page 22) et 3.5 (page 24).

SECTION C - LE DON - CONSIDÉRATIONS FONDAMENTALES

Cette partie du guide traite des principales activités que comporte chaque étape du processus entourant le don. Ainsi que nous l'avons noté dans la section A, l'ordre de ces étapes et la capacité de chaque hôpital d'assumer chaque étape varieront.

En général, les hôpitaux faisant partie de la catégorie I devraient être familiarisés avec les étapes 1 à 5 et 7.2; les hôpitaux relevant des catégorie II devraient maîtriser les étapes 1 à 7 et ceux de la catégorie III et IV devraient pouvoir suivre parfaitement les étapes 1 à 8. Là encore, les hôpitaux de donneurs d'organes perfusables sont également capables de s'occuper de dons de tissus alors que l'inverse n'est pas nécessairement vrai.

1. Identification et aiguillage des donneurs

1.1 Responsabilité relative à l'identification et à l'aiguillage de donneurs potentiels

Les patients peuvent avoir manifesté un désir de faire un don d'organes ou de tissus en signant la partie du permis de conduire réservée à cet effet ou une carte de donation. Le personnel hospitalier compétent devrait contacter les services policiers et les ambulanciers pour déterminer s'ils ont en mains le consentement signé, à défaut de quoi, il doit essayer de le trouver parmi les effets personnels des donneurs potentiels. Les familles des patients mourants peuvent aussi suggérer l'idée d'un don.

Tout professionnel de la santé peut identifier des donneurs potentiels. Si le personnel n'est pas sûr que les donneurs potentiels répondent aux critères relatifs aux dons, il devrait consulter le préposé au don d'organes ou, si celui-ci ne fait pas partie des effectifs de l'hôpital, il s'agirait de contacter les responsables des programmes régionaux de greffes.

1.2 Identification initiale

Les organes perfusables doivent être obtenus des donneurs déclarés morts d'un point de vue neurologique mais dont les fonctions respiratoires et circulatoires sont maintenues. (Voir la partie suivante - la mort cérébrale et l'annexe VIII - Guide relatif au diagnostic de la mort cérébrale). Les tissus aussi peuvent être obtenus des mêmes donneurs ainsi que de ceux dont les fonctions respiratoires et circulatoires n'ont pas été maintenues.

La plupart des donneurs d'organes perfusables sont des victimes relativement jeunes atteintes d'une lésion cérébrale. Au nombre des autres donneurs figurent les patients décédés à la suite d'une tumeur cérébrale primaire ou d'un accident cérébro-vasculaire. L'hypoxie du cerveau (qui complique l'arrêt des fonctions cardiaques et respiratoires ou un état de choc profond), l'intoxication médicamenteuse, les troubles métaboliques et l'homicide ou le suicide sont d'autres causes de décès observés parmi les donneurs potentiels. (Voir annexe IX - Critères régissant le don d'organes et de tissus.)

Souvent, on peut obtenir plus d'un organe ou tissu d'un même donneur. Le fait qu'un organe ou un tissu ne réunissent pas les critères relatifs au don ne signifie pas nécessairement que d'autres organes ou tissus ne peuvent être pris en considération. (Voir annexe IX - Critères régissant le don d'organes et de tissus). En outre, il n'est pas nécessaire que tous les dons satisfassent aux critères idéaux de sélection étant donné que les risques associés à la greffe d'un organe qui ne possèdent pas toutes les qualités essentielles peuvent être moindres que ceux que comporte le fait de retarder la transplantation dans le cas d'un receveur donné.

2. Déclaration du décès

2.1 Mort cérébrale

Le décès peut être manifesté par l'arrêt irréversible des fonctions du cerveau ou de la respiration et de la circulation. On entend par mort cérébrale l'absence clinique de fonctions cérébrales (coma profond, apnée et absence de réflexes du tronc cérébral). Elle équivaut à la mort du patient, cependant, il est possible de maintenir chez ce dernier les fonctions respiratoires et circulatoires pour conserver les organes à greffer jusqu'au prélèvement. Le diagnostic de la mort cérébrale en fonction des critères neurologiques est une condition indispensable au don d'organes perfusables.

2.2 Responsabilité liée au diagnostic de la mort cérébrale

Les hôpitaux devraient être au courant de la législation provinciale concernant le diagnostic de la mort cérébrale dans les cas de don et de greffe d'organes. Dans tous les cas, le diagnostic de la mort cérébrale doit être fait par ou de concert avec des médecins parfaitement au courant des examens nécessaires et des critères établis en la matière. Aucun médecin qui dispense des soins au receveur en vue ne peut prendre part au diagnostic du décès du donneur. En outre, aucun médecin qui a diagnostiqué le décès du donneur ne peut intervenir dans la transplantation proprement dite.

2.3 Critères relatifs au diagnostic de la mort cérébrale

Bien qu'il ne soit pas cliniquement possible de tester certaines fonctions cérébrales, la mort du tronc cérébral est un critère nécessaire et suffisant applicable au diagnostic de la mort cérébrale, et l'on peut se fier à des méthodes cliniques admises pour diagnostiquer la mort du tronc cérébral. Les critères applicables au diagnostic de la mort cérébrale ont été définis par un certain nombre d'associations médicales internationales. En 1986, le Congrès canadien des sciences neurologiques a défini des critères en la matière à la lumière des données médicales actuelles et surtout dans le but d'éviter des problèmes diagnostiques et la détérioration possible des organes consécutive à l'hypoxie, au cours des tests de l'apnée. Ces critères, sanctionnés et préconisés par l'Association médicale canadienne, sont exposés à l'annexe VIII.

Les commentaires qui figurent à l'annexe VIII apportent des précisions sur les critères et décrivent les tests et la marche à suivre. Il importe de faire preuve de prudence lorsqu'on applique les critères cliniques régissant le diagnostic de la mort cérébrale chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, surtout si les critères sont présents depuis moins de 3 jours. On doit également se montrer circonspect auprès des adultes s'il y a un doute quelconque au sujet de l'étiologie ou de l'irréversibilité de l'arrêt des fonctions cérébrales. Retarder la déclaration de la mort cérébrale peut se traduire par la perte d'un donneur potentiel en vue d'une intervention nécessitée par un arrêt cardiaque ou la détérioration d'organes qui, au départ, étaient greffables. Dans de tels cas, ou lorsque l'état d'un patient exclut l'application de tous les critères cliniques, on peut recourir à l'angiographie cérébrale ou à des techniques de visualisation cérébrale par radio-isotope pour confirmer le diagnostic de la mort cérébrale en faisant la preuve de l'absence de perfusion cérébrale (débit sanguin). Il reste que sauf dans le cas des patients touchés par une intoxication médicamenteuse ou l'hypothermie, l'absence d'activité électrocorticale observée par électroencéphalogramme et de fonction du tronc cérébral déterminée par des tests cliniques confirment le diagnostic de la mort cérébrale. On ne doit pas généralement recourir à un EEG ou à une série d'EEG. Des tests appropriés qui corroborent ce résultat peuvent également rassurer les cliniciens et la famille sur le fait que l'on se trouve en présence d'un cas de mort irréversible du cerveau.

2.4 Déclaration de la mort cérébrale

Le diagnostic de la mort cérébrale est le constat d'un fait clinique effectué par deux médecins consultants et qui est consigné dans le dossier du patient. C'est un médecin traitant qui, juridiquement parlant, a pour responsabilité de remplir le certificat de décès. En cas

de mort cérébrale, l'heure du décès enregistrée équivaudra à l'heure du constat de la mort cérébrale par le premier médecin.

Selon la nature de la lésion ou de l'affection qui provoque la mort, il peut s'avérer nécessaire d'aviser le coroner ou le médecin légiste et d'obtenir son consentement pour le prélèvement des organes. Selon certains programmes de greffe, le coroner ou le médecin légiste doivent être mis au courant de tous les cas de dons d'organes. Après le prélèvement des organes, le corps du donneur peut faire l'objet d'une autopsie avec le consentement de la famille ou sur ordre du coroner ou du médecin légiste. Le certificat de décès est établi de la façon habituelle par le coroner ou le médecin légiste ou encore par le médecin qui fait le constat de la mort du patient, s'il le demande.

Pour que le diagnostic de la mort soit confirmé et que le coroner consente au don, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de la mort cérébrale soit répété après le transfert du corps du donneur à un autre hôpital. Toutefois, faute d'un second médecin à l'hôpital du donneur, le diagnostic final peut être posé à l'hôpital du receveur.

3. Évaluation des donneurs

3.1 Organes perfusables

Les donneurs d'organes perfusables sont des personnes déclarées en état de mort cérébrale et dont les fonctions respiratoires et circulatoires sont maintenues artificiellement. Les critères relatifs à l'âge, au poids et à la taille varieront selon l'organe et sont exposés à l'annexe IX - Critères régissant le don d'organes et de tissus.

Cas où une donation est généralement exclue :

- sepsie continue (infection générale d'origine bactérienne, virale ou fongique, qui n'est pas traitée ou ne répond pas au traitement);
- antécédents d'affection par hépatite virale B ou syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA);
- tumeur maligne actuelle ou passée autre qu'une tumeur cérébrale primaire ou un carcinome basocellulaire guéri de la peau;
- usage actuel de drogue par voie intraveineuse;
- insulinodépendance associée à un cas de diabète grave;
- hypertension chronique grave;

- affection ou lésion de l'organe devant faire l'objet du don.

L'hôpital devrait se renseigner auprès des responsables du programme régional de greffe au sujet des critères appliqués par ce dernier.

3.2 Tissus

De façon générale, les patients qui répondent aux critères suivants sont des donneurs valables de tissus :

- les patients déjà décédés à leur arrivée à l'hôpital ou qui meurent à l'hôpital;

- tout donneur d'organe valable;

- ceux dont la cause de décès a été établie;

- les candidats de tout âge dans le cas des yeux et de la peau;

- les candidats de 16 à 50 ans (femmes) et 16 à 60 ans (hommes) dans le cas des os;

- les candidats qui ne présentent pas les problèmes suivants : sepsie, tumeur maligne extracrânienne, hépatite, syndrome d'immuno-déficience ou maladie transmissible et, dans le cas des yeux, affection chronique du système nerveux central.

L'hôpital devrait contacter le programme régional de greffes au sujet des exigences et des protocoles applicables à tous les tissus sauf les yeux. Dans ce dernier cas, il devrait communiquer avec la banque régionale d'yeux. Les critères applicables aux yeux, à la peau, aux os et articulations et aux valves cardiaques figurent à l'annexe IX.

4. COMMENT ABORDER LA FAMILLE AU SUJET D'UN DON

Le don offre aux familles la possibilité de transformer la mort en une expérience positive et aide à surmonter plus facilement le deuil. En leur niant cette possibilité, on peut les priver de l'occasion de trouver un sens à l'épreuve qu'elles traversent.

La façon d'aborder la famille dépendra de la présence ou de l'absence de preuve indiquant l'intention de la personne décédée d'être un donneur. On peut se servir du consentement pour faire valoir la possibilité d'un don et obtenir le consentement de la famille à cet égard. Autrement dit, on entreprend des démarches auprès de la famille pour l'amener à "sanctionner" les désirs du donneur. Faute de consentement de la part du donneur, on tente d'obtenir de la famille

qu'elle donne explicitement son "consentement". Il convient de demander aux membres de la famille s'ils ont déjà discuté de la question avec le donneur.

La loi n'exige pas l'obtention du consentement de la famille si le donneur a indiqué son intention avant de mourir. Il reste que dans la plupart des cas on obtient de la famille un consentement signé pour la formule de donation. En cas d'absence des membres de la famille, on peut obtenir son consentement par message télégraphique, téléphonique ou tout autre moyen d'enregistrement. À moins que le donneur n'ait indiqué son intention de faire don d'un seul organe ou tissu en particulier, ou à moins que l'on sache qu'un organe ou un tissu donné ne conviendrait pas à une greffe, il importe de discuter du concept du don d'organes multiples.

Les preuves du consentement donné par la famille doivent être versées au dossier du donneur. Dans les hôpitaux qui ont une politique d'évaluation automatique, une formule renfermant des données sur l'évaluation du décédé comme donneur potentiel, sur les démarches entreprises auprès de la famille ainsi que sur la décision et les raisons pour ne pas aborder la famille selon le cas devrait également être versée au dossier de la personne décédée. On trouvera à l'annexe X une formule type de ce genre. Cette formule doit être remplie par le médecin lorsque la mort du patient est déclarée. Ou encore, l'information peut être enregistrée sur une formule existante remplie au moment du décès. Cela servira de rappel au personnel qui songera plus facilement à la possibilité d'un don d'organe pour les patients qui répondent aux critères définis en la matière.

4.1 Responsabilité des démarches auprès de la famille au sujet d'un don

Dans la plupart des cas, c'est le médecin qui décide qui devrait entreprendre les démarches auprès de la famille au sujet d'un don. Souvent, il s'agit d'une responsabilité partagée en ce sens que le médecin abordera d'abord le sujet avec la famille et incitera cette dernière à en discuter plus longuement avec quelqu'un d'autre. Les membres du personnel hospitalier qui peuvent s'avérer utiles ici sont le préposé au don d'organes, l'infirmière, le clergé ou la travailleuse sociale.

La personne qui contacte la famille doit être sensible au chagrin que celle-ci éprouve, patiente, douée pour les relations interpersonnelles et au courant de la dynamique familiale ainsi que de la situation socio-économique et de l'appartenance religieuse et ethnique de la famille.

Si les démarches auprès de la famille sont une responsabilité partagée, il y a lieu de désigner une personne comme le contact principal. Pour éviter tout soupçon d'un "conflit d'intérêt", un médecin qui s'occupe de près ou de loin du receveur potentiel devrait s'abstenir de contacter la famille au sujet d'un don.

4.2 Minutage

Si la famille comprend que le décès est imminent, il est possible d'introduire le concept d'un don avant le diagnostic de la mort cérébrale. On tentera d'obtenir son aval ou son consentement proprement dit après que les critères relatifs à la mort cérébrale ont été satisfaits.

La décision de la famille dépend de sa capacité de comprendre et d'accepter le concept de la mort cérébrale. Aussi, ce phénomène doit être expliqué en profondeur à la famille avant qu'on lui demande de prendre une décision.

4.3 Information à communiquer

Outre les données concernant le diagnostic de la mort, il importe de revoir soigneusement avec la famille les facteurs suivants : (i) les concepts du don et de la transplantation d'organes et de tissus; (ii) le processus du don proprement dit; (iii) le temps nécessaire; (iv) le fardeau financier assumé par le réseau provincial de soins de santé pour tout transport du corps du donneur en vue d'un prélèvement d'organe; (v) les responsabilités de la famille (financières et autres) pour ce qui est des funérailles; (vi) la signification de la formule de consentement; (vii) la non-divulgation de l'identité du donneur, de sa famille et du receveur et (viii) l'envoi d'une lettre de remerciements pour son "cadeau", qui fait état de données très générales au sujet des résultats du don.

On ne doit sous aucun prétexte exercer de pression auprès de la famille pour lui soutirer son consentement. On doit lui donner l'assurance que sa décision est personnelle et sera respectée.

5. Surveillance des donneurs

5.1 Objectifs de la surveillance des donneurs

La surveillance des donneurs d'organes perfusables a pour objet d'assurer une stabilité des fonctions cardiaques et respiratoires jusqu'au prélèvement des organes. Cela suppose des soins médicaux et infirmiers

intensifs. Il faut aussi pouvoir détecter à temps les changements sur les plans des signes vitaux et du débit urinaire et y réagir en temps voulu.

Dans le cas d'un don d'yeux, la surveillance vise à garder les yeux humides jusqu'au prélèvement.

5.2 Responsabilité de la surveillance

Lorsque les effectifs le permettent, il est préférable de charger une équipe préposée au don d'organes d'assurer la surveillance du donneur. Cela permet de diminuer le stress émotionnel que représente pour le personnel préposé à l'unité de soins intensifs la transition qui se fait à partir du maintien en vie du malade et facilite les évaluations et dispositions préalables à l'opération. Il reste que les membres du personnel désireux d'étendre leur rôle de façon à y intégrer la surveillance des donneurs devraient être autorisés à le faire.

5.3 Les éléments de la surveillance des donneurs

L'hôpital du donneur devrait consulter le programme régional de greffes au sujet de protocoles relatifs à la surveillance des donneurs.

La surveillance se fait généralement dans une unité de soins intensifs, ce qui permet de surveiller plus facilement les fonctions cardio-vasculaires et pulmonaires ainsi que le niveau des liquides et de l'électrolyte. Certains tests seront exigés indépendamment des organes devant être prélevés. On doit procéder au prélèvement d'échantillons de sang et d'échantillons destinés à l'appariemment des tissus et les faire parvenir à un laboratoire de groupage tissulaire (laboratoire interne ou autre laboratoire désigné). D'autres prélèvements peuvent être envoyés au centre de greffes avec l'organe ou le corps du donneur. Il peut être nécessaire de procéder à des tests spéciaux pour déterminer si certains organes répondent aux critères relatifs au don.

Au cours de la période de la surveillance, on obtient le consentement de la famille, on choisit le receveur, on s'occupe du transport des organes ou du corps du donneur et on prépare la salle d'opération soit dans l'hôpital du donneur soit au centre de greffes.

Voici les principaux éléments que recouvre le maintien des donneurs :

- une hydratation adéquate;

- le maintien d'une pression artérielle systolique de plus de 90 mm de mercure (L'hypotension est le problème le plus fréquent chez les donneurs);

- le maintien d'un équilibre électrolytique acceptable;

- le maintien d'un débit urinaire suffisant;

- le maintien d'un taux acceptable de gaz sanguins;

- le maintien d'une température corporelle proche de la normale.

En cas d'arrêt cardiaque, la circulation doit être rétablie sur-le-champ. Le donneur doit alors être opéré dans les plus brefs délais.

6. Prélèvement des organes

Dans le cas d'organes perfusables, des interventions chirurgicales auprès des donneurs doivent avoir lieu dans une salle d'opération bien équipée et stérile. Le prélèvement des os, de la peau et des yeux peut se faire dans tout environnement où l'on peut recourir à une technique stérile. Dans le cas de prélèvement de tissus à des fins de transplantation, le système de la surveillance du donneur doit être débranché avant que le prélèvement ne débute.

Les reins sont généralement prélevés par des chirurgiens locaux familiarisés avec le prélèvement de reins à greffer et qui bénéficient de l'appui du personnel à l'hôpital ou, ce qui est moins fréquent, par une équipe itinérante de prélèvement détachée par le centre régional de greffes. Dans le cas de prélèvement d'organes multiples, une ou plusieurs équipes itinérantes de prélèvement de la province, de l'extérieur de la province ou de l'extérieur du pays peuvent se rendre à l'hôpital du donneur. Cette pratique a pour effet de compliquer le processus de prélèvement d'organes et suppose une plus grande coordination à divers égards : (i) arrivée et départ d'une ou de plusieurs équipes de prélèvement; (ii) octroi aux membres de l'équipe de prélèvement de privilèges accordés aux effectifs normaux; (iii) calendrier de la salle d'opération et (iv) préparation du donneur. Les personnes qui font don du bloc coeur-poumon et du poumon sont généralement transférées au centre de greffes alors que les donneurs de pancréas doivent être transportés au centre de greffes.

Lorsque la même équipe de prélèvement se rend souvent à un hôpital où se trouvent des donneurs, il peut être souhaitable de parvenir à une entente plus permanente pour l'octroi des privilèges. Quoi qu'il en soit, l'identité des membres de l'équipe de prélèvement doit être vérifiée par le préposé au don d'organes ou la personne désignée avant que ne débute toute intervention.

Le moment de l'intervention chirurgicale dépendra de la disponibilité d'une salle d'opération, de la stabilité du donneur et du moment

d'arrivée des équipes itinérantes de prélèvement. Étant donné que le prélèvement d'organes est le plus souvent pratiqué d'urgence, on doit, pour réserver les services de chirurgie, procéder exactement comme s'il s'agissait de n'importe quelle intervention chirurgicale d'urgence. Le temps d'opération requis varie selon le nombre et les types d'organes prélevés. Aucune intervention chirurgicale ne doit se dérouler aussi longtemps que le diagnostic de la mort cérébrale, la déclaration du décès, le consentement signé de la famille et la permission éventuelle du coroner ou du médecin légiste n'ont pas été versés au dossier du patient.

Le personnel des hôpitaux des donneurs secondera les équipes itinérantes de prélèvement. Dans la plupart des cas, les équipes itinérantes comprennent un perfusionniste qui apportera les solutions, l'équipement et le matériel nécessaires à la perfusion et à la conservation des organes. Dans le cas contraire, ou si le prélèvement est assuré par une équipe locale, les hôpitaux des donneurs devraient veiller à ce qu'il y ait à cet effet le personnel, le matériel et l'équipement voulus.

Le personnel spécialisé en anesthésiologie doit être en mesure de faciliter les aspects pulmonaire, hémodynamique et pharmacologique de l'opération.

Le prélèvement d'yeux, d'os et de peau doit se faire le plus vite possible, mais au plus tard, dans les 12 heures qui suivent le décès.

7. Conservation d'organes et de tissus

7.1 Organes perfusables

Les grands principes de la conservation d'organes perfusables destinés à une greffe immédiate ou devant être transportés à un autre service en vue d'une greffe sont les suivants :

(a) préserver la fonction des organes du donneur par des soins et une surveillance efficaces;

(b) abréger le plus possible la durée de l'ischémie chaude;[13]

---

13 La durée de l'ischémie est le temps écoulé entre le clampage de l'apport sanguin du donneur et le rétablissement de l'irrigation sanguine chez le receveur. On pourrait répartir ce temps en deux. La durée de l'ischémie froide, lorsque le greffon est préservé à une température d'environ 4 à 7°C, et la durée de l'ischémie chaude, lorsque le greffon est pour ainsi dire à la température du corps.

(c) obtenir un refroidissement général avec une solution appropriée après le prélèvement de l'organe.

Actuellement, il est d'usage au Canada de recourir à des systèmes de conservation simple, hypothermique et statique pour la conservation rénale et extra-rénale. L'autre méthode de conservation, à savoir la perfusion pulsatile à l'aide d'une machine utilisant un fluide contenant certaines protéines et un électrolyte extracellulaire, est plus coûteuse et plus complexe. Quant à savoir si elle améliore sensiblement la survie du greffon, c'est loin de faire l'unanimité.

Avec les techniques de conservation actuelles, le temps disponible pour la sélection et la préparation des receveurs ainsi que pour le transport des organes est limité. Les périodes maximales pendant lesquelles il est permis de conserver des organes sans circulation sanguine sont les suivantes :

rein	- jusqu'à 72 heures
foie	- jusqu'à 8 heures
coeur	- jusqu'à 5 heures
poumon	- jusqu'à 4 heures
bloc coeur	- poumon - jusqu'à 4 heures
pancréas	- actuellement ne peut être conservé comme un organe entier.

7.2 Tissus

Les yeux devraient être placés sur un morceau de gaze humide puis dans une bouteille de verre stérile. Cette bouteille doit par la suite être déposée sur de la glace. S'ils ne sont pas transplantés sur place, ils devraient être transportés dans les plus brefs délais à la banque régionale d'yeux à l'aide du contenant fourni par celle-ci. Le préposé au don d'organes de l'hôpital devrait contacter la banque d'yeux au sujet des dispositions relatives au transport. Les yeux peuvent être emmagasinés dans les conditions appropriées pendant une période maximale de 48 heures avant la transplantation.

La peau destinée à être greffée sur place et dans les plus brefs délais devrait être placée dans une solution et réfrigérée. Autrement, elle doit être placée dans la solution, emballée dans de la glace et transportée à la banque régionale de peau.

Les os devant servir d'allogreffes devraient être placés dans un contenant stérile qui contient une solution antibiotique et réfrigérée. Ils peuvent être conservés de cette manière pendant une période maximale de 48 heures suivant le prélèvement. Les os ou segments ne devant pas servir d'allogreffes devraient être placés immédiatement dans

une solution antibiotique, emballés dans de la glace et transportés sur-le-champ à la banque régionale d'os.

Dans le cas de dons de peau et d'os, le préposé au don d'organes de l'hôpital devrait consulter les programmes régionaux de greffes ou les banques pertinentes au sujet des techniques et du matériel de conservation et des dispositions relatives au transport.

8. Partage et distribution d'organes

Les patients admis comme candidats à une greffe sont placés sur des listes d'attente tenues par les coordonnateurs des programmes régionaux de greffes ou de banques d'yeux jusqu'à ce que l'on trouve des organes ou tissus qui répondent à leurs besoins.

Voici les facteurs logistiques qui entrent en considération dans la distribution d'organes et de tissus :

- capacité d'analyser les receveurs potentiels;
- temps requis par les receveurs pour se rendre jusqu'au centre de greffes;
- temps requis pour préparer les receveurs en vue de la chirurgie;
- temps de conservation optimal pour les organes ou tissus à greffer.

Les organes et tissus font l'objet d'échanges entre les centres de greffes à l'intérieur des provinces et d'une province à l'autre. Lorsqu'on ne trouve pas au Canada de receveur compatible, on peut contacter des centres aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Ce sont les programmes provinciaux de greffes qui règlent les formalités exigées par les douanes et l'immigration.

ANNEXE I

PROGRAMMES PROVINCIAUX ET RÉGIONAUX DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES ET DE TISSUS AU CANADA

ALBERTA

Human Organ Procurement and Exchange Program

Sud de l'Alberta	Foothills Provincial General Hospital 1403 - 29th Street Northwest CALGARY (Alberta) T2N 2T9 403-283-2243
Nord de l'Alberta	University of Alberta Hospitals 112th Street and 83rd Avenue EDMONTON (Alberta) T6G 2B7 403-432-1970

Lion's Eye Bank

Division du nord	c/o CNIB Offices 12010 Jasper Avenue EDMONTON (Alberta) T5K 0P3 403-482-4988
Division du sud	c/o Rockyview General Hospital 7007 - 14 Street Southwest CALGARY (Alberta) T2V 1P9 403-259-7606

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Pacific Organ Retrieval for Transplantation	Vancouver General Hospital 855 - 12th Avenue VANCOUVER (Colombie-Britannique) V5Z 1M9 604-875-4665

British Columbia Eye Bank	2550 Willow Street VANCOUVER (Colombie-Britannique) V5Z 3N9 604-875-4555

MANITOBA

Manitoba Transplant Program	Health Sciences Centre 700 William Avenue WINNIPEG(Manitoba) R3E 0Z3 204-787-2071 ext. 505
Lion's Eye Bank (Manitoba and Northwestern Ontario)	700 William Avenue WINNIPEG (Manitoba) R3E 0Z3 204-787-3443

NOUVEAU-BRUNSWICK

Organ Procurement for Transplantation, New Brunswick (Organ and Tissue Donation)	Saint John Regional Hospital SAINT JOHN (Nouveau-Brunswick) E2L 4L2 506-648-6848

TERRE-NEUVE

Organ Procurement and Exchange Program (Organ and Tissue Donation)	Health Sciences Complex St. JOHN'S (Terre-Neuve) A1B 3V6 709-737-6600

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Voir l'Alberta et la Colombie-Britannique (selon la relative proximité du donneur par rapport au centre de greffe en Alberta ou en Colombie-Britannique)

NOUVELLE-ÉCOSSE

Maritime Organ Retrieval and Exchange Program	Victoria General Hospital HALIFAX (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9 902-428-5504

ONTARIO

Multiple Organ Retrieval and Exchange Program	200 Elizabeth Street TORONTO (Ontario) M5C 2G4 1-800-387-M.O.R.E. (sans frais) 416-595-3587
Eye Bank of Canada (Division de l'Ontario)	1 Spadina Crescent TORONTO (Ontario) M5S 2J5 416-978-2637

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Voir Nouvelle-Écosse

QUÉBEC

Métro Transplantation	1560, rue Sherbrooke Est MONTRÉAL (Québec) H2L 4K8 514-876-6768
La Banque d'yeux nationale inc.	2705, boulevard Laurier SAINTE-FOY (Québec) G1V 4G2 418-654-2702
La banque d'yeux du Québec	5689, boulevard Rosemont MONTRÉAL (Québec) H1T 2H1 514-252-3400

SASKATCHEWAN

Lion's Eye Bank of Saskatchewan	A/S Eye Department University Hospital SASKATOON (Saskatchewan) S7N 0X0 306-966-1002

Renal Transplant Program, University Hospital, Saskatoon (Uniquement pour les dons de reins. Peut aider à adresser les donneurs d'autres organes aux services compétents à l'extérieur de la province.)	University Hospital SASKATOON (Saskatchewan) S7N 0X0 306-966-7985

YUKON

Voir l'Alberta et la Colombie-Britannique (selon la relative proximité du donneur par rapport au centre de greffe en Alberta et en Colombie-Britannique.)

LISTE DE CONTRÔLE TYPE DES ACTIVITÉS RELATIVES AU PROCESSUS DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS[1]

ON INFORME LA FAMILLE DU PRONOSTIC

a) La famille est gardée informée de l'état du patient.

ON CONSTATE L'ÉTAT DU PATIENT

a) On interroge l'agent de police ou l'ambulancier au sujet d'un consentement écrit ou on cherche à obtenir ce document dans les effets personnels du patient (si le patient a été admis au service d'urgence).

ON IDENTIFIE LE PATIENT COMME DONNEUR POTENTIEL

a) On évalue le patient pour déterminer s'il satisfait aux critères applicables au donneur.

ON INTRODUIT LE CONCEPT D'UN DON À LA FAMILLE

a) On introduit le concept du don à la famille selon l'état physique du patient et la capacité de la famille de comprendre que le décès est imminent.

ON DIAGNOSTIQUE LA MORT CÉRÉBRALE

a) Deux confirmations de la mort cérébrale sont versées au dossier du patient.

b) L'heure du décès est notée.

ON COMMENCE LA SURVEILLANCE DU DONNEUR

a) On assure un maintien suffisant des fonctions respiratoires et circulatoires.

b) On maintient la température du corps à un niveau proche de la normale.

---

1 Nombre de ces étapes se recoupent ou se déroulent simultanément. Leur ordre peut varier.

c) On procède à des tests de sang, d'urine et de l'électrolyte selon les instructions du programme régional de greffes.

d) On réalise des tests pour déterminer si certains organes et tissus sont greffables, selon les critères établis par les programmes régionaux de greffes.

ON CONSULTE LE PRÉPOSÉ AU DON D'ORGANES DE L'HÔPITAL

a) Le préposé est consulté quant aux protocoles de la surveillance du donneur, à la possibilité de problèmes dans la surveillance du donneur, aux réactions de la famille face au pronostic et au fait de savoir si certains organes ou tissus sont greffables.

LE PRÉPOSÉ AU DON D'ORGANES DE L'HÔPITAL ET LES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE GREFFES ÉCHANGENT DES RENSEIGNEMENTS

a) Les programmes régionaux de greffes sont consultés au sujet de la compatibilité des organes et des tissus à greffer.

b) Les intéressés échangent de l'information sur la sélection des receveurs, la conservation des organes et tissus et, au besoin, l'arrivée d'équipes itinérantes de prélèvement.

c) Des dispositions sont prises pour le transport des organes ou tissus aux programmes régionaux de greffes ou du donneur à un hôpital tertiaire ou un centre de greffes.

ON CONTACTE LA FAMILLE AU SUJET DU DON

a) On informe la famille du désir du donneur, si on en a la preuve (permis de conduire ou carte de donation), et on cherche à faire sanctionner cette décision.

b) Faute d'un consentement signé par le donneur, on sollicite la permission de la famille.

c) Un membre de la famille signe la formule de consentement au don d'organe qui est versée au dossier du donneur.

d) En cas de refus de la part de la famille, ce fait est noté dans le dossier du donneur à l'hôpital.

ON AVISE AU BESOIN LE CORONER OU LE MÉDECIN LÉGISTE

a) On avise le coroner ou le médecin légiste et on obtient sa permission pour le prélèvement d'organes et on verse le document y afférent au dossier du donneur.

ON PROCÈDE AU GROUPAGE TISSULAIRE ET À D'AUTRES TESTS DE LABORATOIRE

a) On prélève des échantillons du sang du donneur en vue du groupage tissulaire et on les fait parvenir au laboratoire (laboratoire interne ou régional, selon le cas).

b) On transmet les résultats aux programmes régionaux de greffes.

ON PRÉLÈVE LES ORGANES ET TISSUS

a) On réserve la salle d'opération et on s'assure de la collaboration des chirurgiens, des anesthésistes et du personnel préposé à la salle d'opération et à la salle de récupération. (En règle générale, cette étape est déjà amorcée dès qu'on a obtenu l'aval ou le consentement de la famille.)

b) Le corps du donneur est transféré à un autre centre, au besoin.

c) On prélève des échantillons de la rate et du ganglion lymphatique du donneur et on les fait parvenir au laboratoire (laboratoire interne ou régional, selon le cas).

d) Dans le cas d'organes perfusables et si les tissus sont prélevés dans une salle d'opération, on inscrit au dossier du donneur l'heure à laquelle le corps est amené à la salle d'opération, l'incision est faite, le prélèvement terminé et le respirateur débranché.

e) Lorsque les tissus (par exemple les os, la peau ou les yeux) ne sont pas prélevés dans une salle d'opération, le corps est alors transféré à un autre endroit stérile ou l'on procède au prélèvement des tissus.

LES ORGANES SONT TRANSPORTÉS/TRANSPLANTÉS

a) Les organes et les tissus sont conservés et emballés en vue de leur transport vers le centre de greffes.

b) Le corps est remis à l'entrepreneur de pompes funèbres et la famille est avisée.

ENREGISTREMENT DES ÉTAPES SUIVIES DANS LE PROCESSUS DU DON D'ORGANES

a) Le médecin voit à ce que toutes les étapes du processus du don d'organes (par exemple l'évaluation du donneur potentiel, la rencontre avec la famille et ce qui en résulte) soient dûment inscrites au dossier du patient.

ÉLÉMENTS D'INFORMATION DEVANT FIGURER DANS UN GUIDE DE POLITIQUES ET DE PRATIQUES SUR LE PROCESSUS DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Nous vous offrons ci-après, à titre indicatif, une série de politiques et de pratiques qui devraient faciliter l'élaboration de toutes les politiques et pratiques requises pour la mise en oeuvre d'un programme efficace de don.

Certaines de ces politiques et pratiques ont peut-être déjà été élaborées à d'autres fins. Cependant, elles méritent d'être prises en considération dans le contexte du programme de don.

I. DÉFINITION DU PROGRAMME DE DON D'ORGANES

- Philosophie, rôle et objectifs du programme

- Portée et nature de la participation selon une analyse rétrospective des décès visant à déterminer le nombre et les types potentiels de dons

- Services dispensés

II. ORGANISATION DES SERVICES

- Responsabilité du conseil d'administration

- Rapports avec le personnel administratif et médical

- Gestion des services :

  (i) Responsabilités du personnel

  - personnel médical
  - personnel infirmier
  - préposé au don d'organes de l'hôpital
  - coordonnateur régional des greffes
  - autre professionnel
  - personnel de soutien

(ii) Comités

- composition (selon la discipline et le nombre)
- mandat
- consultation prévue avec les membres du personnel compétent
- calendrier de réunions officielles

III. RESPONSABILITÉS DU PERSONNEL MÉDICAL

- Identifier les donneurs potentiels
- Trouver les médecins qui se chargeront de diagnostiquer la mort cérébrale et définir leur rôle
- Adresser les donneurs potentiels au préposé aux dons de l'hôpital ou aux coordonnateurs régionaux
- Aviser le médecin traitant ou le médecin de famille du donneur
- Désigner les médecins qui se chargeront de la surveillance du donneur et du prélèvement des organes et des tissus
- Entreprendre des démarches auprès des familles des donneurs pour obtenir leur aval ou leur consentement
- Déterminer quelles sont les enquêtes et tests indispensables
- Transporter le donneur à un autre centre
- Prélever les organes et tissus
- Transporter les organes et tissus au centre de greffes ou, dans les cas d'os, de peau et d'yeux, à la banque appropriée
- Prendre les dispositions voulues pour les interventions qui ont lieu en dehors des heures normales

IV. RESPONSABILITÉS DU PERSONNEL INFIRMIER

- Identifier les donneurs potentiels
- Désigner le personnel infirmier clé et définir des responsabilités relatives à l'orientation et à la surveillance des donneurs et au prélèvement d'organes et de tissus.

V. RÔLES ET RESPONSABILITÉS D'AUTRES MEMBRES DU PERSONNEL

- Dossiers médicaux
- Service d'admission
- Préposé au don d'organes de l'hôpital ou coordonnateur des greffes
- Services sociaux (personnel ou collectivité)
- Services du clergé (personnel ou collectivité)
- Perfusionniste
- Laboratoire

VI. CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

- Aviser le coroner ou le médecin légiste et consigner son consentement au prélèvement d'organes et de tissus ou à l'autopsie
- Diagnostiquer la mort cérébrale
- Enregistrer l'aval ou le consentement donné par la famille du donneur
- Assurer le respect du caractère confidentiel de l'identité du donneur comme du receveur d'organes

VII. CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

- Passer en revue les normes relatives aux pratiques
- Évaluer le programme
- Procéder à des évaluations post-mortem pour déterminer s'il existe un décalage entre les nombres potentiels et réels de donneurs
- Vérifier les cas de donneurs
- Établir des relevés statistiques

VIII. AUTRES

- Faire une évaluation de routine des patients qui pourraient être les donneurs potentiels
- Remplir la formule pour l'évaluation automatique
- Octroyer des privilèges aux équipes itinérantes de prélèvement
- S'occuper de la formation du personnel et de son éducation permanente
- S'occuper de relations publiques
- S'occuper de sensibilisation du public et de liaison avec la collectivité
- S'occuper de collecte de données et de recherches
- Veiller aux responsabilités financières et à la facturation
- Assurer la liaison avec les programmes régionaux de greffes d'organes et de tissus

ÉVALUATION DU PROGRAMME ET CONTRÔLE DE LA QUALITÉ : PARAMÈTRES ET MARCHE À SUIVRE

L'évaluation d'un programme de don d'organes et de tissus devrait porter sur trois facteurs : l'organisation, la marche à suivre et les résultats. L'évaluation de l'organisation traite des mécanismes en place pour le don, notamment les ressources provinciales, régionales et de l'établissement. Il s'agit ici d'examiner la structure de l'organisation, ses politiques, ses pratiques, ses voies de communication, ses effectifs, ses programmes de formation et d'autres facteurs à la lumière de guides et autres ouvrages spécialisés. Si on observe des lacunes, on peut prendre les dispositions voulues pour améliorer la situation.

L'évaluation de la marche à suivre a pour objet de déterminer s'il existe des procédures bien établies et si ces dernières sont suivies. De cette façon, il est possible d'améliorer les pratiques périmées ou difficiles à suivre.

L'évaluation des résultats porte sur la valeur de tout le processus.

Des données de caractère anecdotique relatives à des problèmes observés dans des cas précis peuvent également s'avérer utiles dans le cadre des études régionales ou entreprises par l'établissement. On pourrait également envisager d'entreprendre une "vérification de cas" au hasard, outre les relevés statistiques.

L'évaluation du programme se distingue du contrôle de la qualité. Dans le premier cas, l'accent est mis sur une perspective globale - l'organisation dans son ensemble - et il est question de politiques et de pratiques qui ne peuvent être directement rattachées aux contacts quotidiens avec le patient et sa famille. Par exemple, l'évaluation du programme permet d'apprécier les efforts accomplis pour faire connaître le programme de don, pour s'adjoindre la collaboration du corps médical ou la participation des hôpitaux de la région.

Le contrôle de la qualité consiste entre autres à revoir le rendement dans chaque cas et à en prendre note. C'est pourquoi on a besoin de ressources pour veiller à la tenue de dossiers nécessaires et à la réalisation de vérifications périodiques. Celles-ci devraient être faites à partir d'analyses des dossiers individuels et de statistiques rattachées au nombre de services dispensés. Par exemple, on pourrait entreprendre une étude des dossiers des patients pour évaluer la durée de chaque étape du processus et déterminer s'il serait possible d'éliminer des retards importants.

Pour atteindre un objectif, il faut donc effectuer préalablement une évaluation complète et systématique de tous les indices qui seront retenus. Dans la mesure du possible, on définira des paramètres pour chaque indice.

Il serait préférable de recueillir des statistiques selon le mode habituel en veillant à ce qu'elles portent sur les points suivants:

- le nombre de donneurs potentiels selon le type d'organes et de tissus;

- le nombre de cas où un don a été sollicité et par qui;

- le nombre de consentements obtenus pour le don;

- le nombre et les types d'organes et de tissus donnés;

- le nombre et les types d'organes et de tissus prélevés avec succès;

- le nombre et les types d'organes et de tissus transplantés avec succès.

Des vérifications devraient être faites périodiquement conformément à la politique de l'hôpital concernant le sanctionnement. On pourrait songer à intégrer dans ces vérifications les rôles de tous les participants du réseau de don d'organes et de tissus.

Le contrôle de la qualité et l'évaluation du programme ont tous deux pour objet de répondre à la question suivante: comment parvenir à un meilleur résultat? Dans cette optique, leurs modalités d'application devraient être souples. Les personnes chargées de revoir les programmes devraient faire preuve d'esprit d'invention. L'évaluation ou la vérification proprement dites devraient contenir des recommandations précises et elles pourraient même, à leur tour, faire l'objet d'un contrôle à ce sujet. Les recommandations et les preuves à l'appui devraient être présentées à l'administration de l'hôpital et, au besoin, au conseil d'administration, pour étude et suivi.

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Les lois sur les dons de tissus humains[1,2] s'appliquent aux organes et tissus qui ne peuvent se regénérer. Les tissus pouvant être regénérés ne sont pas compris dans les lois, sauf en ce qui a trait à l'interdiction frappant la vente d'un corps ou de parties d'un corps autres que le sang ou un composant du sang, et à la disposition relative au consentement en vue de l'utilisation du corps ou de parties du corps à certaines fins[3] après la mort. Les dons de peau et de moelle osseuse par des personnes vivantes sont donc régis par le droit coutumier, qui exige que les donneurs soient en mesure de comprendre la nature et les conséquences de l'acte en question. Les formes de protection offerte en vertu des lois sur les dons de tissus humains, notamment contre la responsabilité civile, ne sont pas valables lorsqu'il y a prélèvement de tissus susceptibles de regénération.

Les lois du Manitoba et du Nouveau-Brunswick sur les tissus humains et l'ordonnance des Territoires du Nord-Ouest en la matière sont des formes de législation plus anciennes qui ne rendent pas compte des dons faits par des donneurs vivants. Toutefois, ces genres de dons sont conformes aux pratiques médicales généralement admises et sans doute acceptables du point de vue du droit coutumier bien qu'il n'existe sur la question aucune autorité directe au Canada.

Dons émanant de donneurs vivants

Seuls les donneurs eux-mêmes peuvent consentir au prélèvement de leurs organes aux fins d'une greffe. Le donneur doit avoir atteint l'âge de la majorité, être mentalement capable de donner son consentement et en mesure de prendre une décision éclairée et libre. Le consentement doit se faire par écrit et être signé par le donneur.

---

1 Les provinces et territoires qui ont des lois sur les dons de tissus humains sont l'Alberta, la Colombie-Britannique, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan et le Yukon.

2 Voir également la note "À propos du Code civil du Québec" en page 54.

3 "Certaines fins" désignent la thérapie, les études médicales ou la recherche scientifique.

Dons devant être utilisés après la mort du donneur

Le donneur doit avoir atteint l'âge de la majorité et peut donner son consentement par écrit avec sa signature ou un consentement oral en la présence d'au moins deux témoins au cours de sa dernière maladie. Sauf lorsqu'il y a lieu de croire que le consentement à un don devant être utilisé après la mort a été soutiré par la suite, le consentement équivaut à une autorisation pour le prélèvement et l'utilisation de l'organe. Il reste que les hôpitaux ont normalement pour principe de s'assurer que la famille du donneur consent au don.

Si le donneur n'a pas donné son consentement au prélèvement d'un organe après la mort et qu'il n'y a aucune raison de croire qu'il s'y serait opposé, l'une ou l'autre des personnes suivantes (par ordre décroissant de priorité) pourrait donner son consentement:

- le conjoint;
- l'enfant qui a atteint l'âge de la majorité;
- le père ou la mère;
- un frère ou une soeur qui a atteint l'âge de la majorité;
- tout autre proche parent qui a atteint l'âge de la majorité;
- une personne juridiquement en possession du corps (exception faite du chef administratif de l'hôpital, du coroner ou médecin légiste, du curateur public ou d'une personne exerçant une fonction analogue, d'un embaumeur ou d'un directeur des pompes funèbres ou du surintendant d'un crématoire).

Le consentement peut être donné par les personnes énumérées ci-dessus soit par un document signé soit oralement en présence d'au moins deux témoins ou par un message télégraphique, enregistré par téléphone ou tout autre message enregistré.

Cartes de don

Les cartes de don qui répondent aux critères énumérés ci-dessus se retrouvent souvent sur la personne désireuse de faire don de ses organes après la mort et peuvent être annexées au permis de conduire. Le consentement peut être donné dans les testaments signés qui répondent aux critères ci-dessus, que ce document soit valide ou pas. Il faut cependant préciser que les testaments ne sont pas des instruments utiles pour l'enregistrement d'un tel consentement.

À propos du Code civil du Québec

Le Code civil prévoit que les adultes peuvent consentir par écrit à être des donneurs vivants et qu'un mineur "capable de discernement" peut consentir par écrit à être un donneur vivant sous réserve de "l'autorisation d'un juge de la Cour supérieure et du consentement du titulaire de l'autorité parentale à condition qu'il n'en résulte pas un risque sérieux pour sa santé".

Faute d'instructions de la part d'un défunt, le Code civil autorise le médecin à prélever une partie de ses restes s'il obtient le consentement de son conjoint ou du médecin légiste. Le Code civil stipule également que "ce consentement n'est pas nécessaire lorsque deux médecins attestent par écrit l'impossibilité de l'obtenir dans les délais requis, l'urgence de l'intervention et l'espoir sérieux de sauver une vie humaine".

Rôle du coroner ou du médecin légiste

Lorsque l'on a raison de croire que des circonstances particulières ont entouré la mort d'un patient, le corps ne peut être transporté avant que le coroner ou le médecin légiste ne l'autorise. Ainsi, dans les cas impliquant de la violence ou des accidents ou en cas de mort subite et inattendue, on a besoin du consentement du coroner pour le prélèvement d'organes ou de tissus. Même si la mort n'a pas encore eu lieu, les lois concernant les dons de tissus humains autorisent le coroner à donner le consentement nécessaire au prélèvement d'organes ou de tissus après le décès du donneur lorsqu'on a obtenu le consentement à un don en vue d'une greffe après la mort et que la mort est imminente.

En vertu de la législation en vigueur dans la plupart des provinces (exception faite de la Colombie-Britannique, du Québec et des deux territoires), il est permis de prélever les glandes pituitaires au cours de l'autopsie faite par un coroner ou un médecin légiste (dans certains cas au cours de toute autopsie autorisée) dans la mesure où il n'y a aucune raison de croire que le défunt ou ses proches s'y seraient opposés. Cette formule, le "consentement présumé", est également adoptée par la législation de la Saskatchewan qui autorise le prélèvement du bouton cornéoscléral au cours de l'autopsie faite par un coroner. Dans ce dernier cas, le receveur d'une greffe de la cornée doit être disponible sur le champ.

Détermination de la mort

Dans le cas d'organes perfusables, non susceptibles de regénération, les lois concernant les dons de tissus humains exigent que pour les besoins d'une greffe post-mortem, le constat de la mort sera fait par au moins deux médecins conformément à la pratique médicale communément admise. Un médecin qui a eu un lien quelconque avec le receveur en vue et qui pourrait de ce fait avoir un parti pris ne peut prendre part au constat de la mort du donneur. Un médecin qui prend part au constat de la mort d'un donneur ne peut participer d'une façon ou d'une autre à la greffe. Ces dispositions ont pour objet d'éviter tout conflit d'intérêt de la part du médecin et de protéger les intérêts du donneur.

Le Code civil du Québec exige que lorsque le médecin prélève une partie d'un donneur cadavérique, le décès du donneur doit être certifié par deux médecins qui ne prennent part d'aucune façon au prélèvement ou à la greffe.

Mort cérébrale

Les dispositions des lois sur les dons de tissus humains concernent le constat et non pas la définition de la mort. Le Manitoba est la seule administration au Canada qui dispose d'une définition législative de la mort. Selon la définition contenue dans la Manitoba Vital Statistics Act: Pour les besoins des autorités législatives du Manitoba, la mort d'une personne coïncide avec l'arrêt irréversible de toute fonction cérébrale de cette dernière.

Au nombre des critères médicaux acceptés pour la détermination de la mort, on pourrait citer l'arrêt cardiaque permanent ainsi que d'autres critères indiquant la mort cérébrale. Le donneur est déclaré mort à partir du moment où les critères médicaux appropriés concernant la détermination de la mort ont été satisfaits.

Le transport des donneurs en état de mort cérébrale

Les dispositions nécessaires devraient être prises avec le service de transport en vertu d'une politique qui reconnaît le statut du donneur comme personne déclarée "en état de mort cérébrale" mais branchée sur un système de maintien des donneurs permettant de maintenir les fonctions respiratoires et circulatoires.

Funérailles

Les dispositions nécessaires devraient être prises avec la famille du donneur et conformément aux pratiques acceptées par l'hôpital.

Transport international des organes et des donneurs en état de mort cérébrale

Revenu Canada (Douanes) a pour politique de régler ces questions de façon expéditive. Il ne devrait y avoir aucun problème de cet ordre qui retarderait le retour d'un cadavre après le prélèvement d'un organe ou d'un tissu. Un certificat de décès indiquant la cause du décès devrait accompagner le cadavre entrant au Canada en vue des funérailles.

Octroi de permis au médecin et de privilèges à l'hôpital

Il y aurait lieu d'établir des politiques régissant l'octroi de permis aux médecins venant de l'extérieur de la province ou de l'étranger pour le prélèvement d'organes. Des arrangements devraient également être pris pour l'octroi de privilèges temporaires.

Confidentialité

La plupart des lois concernant les dons de tissus humains interdisent la divulgation de renseignements susceptibles de permettre l'identification des donneurs et des receveurs, sauf lorsque l'information divulguée ne concerne que la personne qui révèle l'information. La loi en vigueur en Saskatchewan autorise une personne désignée à révéler des données permettant l'identification du donneur. La loi en vigueur en Colombie-Britannique autorise la publication de l'identité du donneur comme du receveur lorsque le consentement écrit a été obtenu; si le receveur n'a pas atteint l'âge de la majorité (19 ans en Colombie-Britannique), son père ou sa mère ou son tuteur doivent donner leur consentement; si le donneur est mort ou n'a pas atteint l'âge de la majorité, le consentement doit être obtenu de l'une ou l'autre des personnes désignées.

APPENDIX I

(*See page 76*)

HUMAN TISSUE GIFT ACT

(Revised 1971)

Interpretation

1. In this Act,

(a) "consent" means a consent given under this Act;

(b) "physician" means a person (to be adapted to refer to licensing or registration under provincial Medical Act);

(c) "tissue" includes an organ, but does not include any skin, bone, blood, blood constituent or other tissue that is replaceable by natural processes of repair;

(d) "transplant" as a noun means the removal of tissue from a human body, whether living or dead, and its implantation in a living human body, and in its other forms it has corresponding meanings;

(e) "writing" for the purposes of Part II includes a will and any other testamentary instrument whether or not probate has been applied for or granted and whether or not the will or other testamentary instrument is valid.

PART I—*INTER VIVOS* GIFTS FOR TRANSPLANTS

Transplants under Act are lawful

2. A transplant from one living human body to another living human body may be done in accordance with this Act, but not otherwise.

Consent for transplant

3. (1) Any person who has attained the age of majority, is mentally competent to consent, and is able to make a free and informed decision may in a writing signed by him consent to the removal forthwith from his body of the tissue specified in the consent and its implantation in the body of another living person.

Consent for person under age, etc.

(2) Notwithstanding subsection 1, a consent given thereunder by a person who had not attained the age of majority, was not mentally competent to consent, or was not able to make a free and informed decision is valid for the purposes of this Act if the person who acted upon it had no reason to believe that the person who gave it had not attained the age of majority, was not mentally

competent to consent, and was not able to make afree and informed decision, as the case may be.

(3) A consent given under this section is full authority for any physician. Consent is full authority to proceed

(a) to make any examination necessary to assure medical acceptability of the tissue specified therein; and

(b) to remove forthwith such tissue from the body of the person who gave the consent.

(4) If for any reason the tissue specified in the consent is not removed in the circumstances to which the consent relates, the consent is void. Stale consent void

PART II—*POST MORTEM* GIFTS FOR TRANSPLANTS AND OTHER USES

4. (1) Any person who has attained the age of majority may consent. Consent by person for use of his body after death

(a) in a writing signed by him at any time; or

(b) orally in the presence of at least two witnesses during his last illness,

that his body or the part or parts thereof specified in the consent be used after his death for therapeutic purposes, medical education or scientific research.

(2) Notwithstanding subsection 1, a consent given by a person who had not attained the age of majority is valid for the purposes of this Act if the person who acted upon it had no reason to believe that the person who gave it had not attained the age of majority. Where donor under age

(3) Upon the death of a person who has given a consent under this section, the consent is binding and is full authority for the use of the body or the removal and use of the specified part or parts for the purpose specified, except that no person shall act upon a consent given under this section if he has reason to believe that it was subsequently withdrawn. Consent is full authority, exception

5. (1) Where a person of any age who has not given a consent under section 4 dies, or in the opinion of a physician is incapable of giving a consent by reason of injury or disease and his death is imminent, Consent by spouse, etc., for use of body after death

(a) his spouse of any age; or

(b) if none or if his spouse is not readily available, any one of his children who has attained the age of majority; or

(c) if none or if none is readily available, either of his parents; or

(d) if none or if neither is readily available, any one of his brothers or sisters who has attained the age of majority; or

(e) if none or if none is readily available, any other of his next of kin who has attained the age of majority; or

(f) if none or if none is readily available, the person lawfully in possession of the body other than, where he died in hospital, the administrative head of the hospital,

may consent,

(g) in a writing signed by the spouse, relative or other person; or

(h) orally by the spouse, relative or other person in the presence of at least two witnesses; or

(i) by the telegraphic, recorded telephonic, or other recorded message of the spouse, relative or other person,

to the body or the part or parts thereof specified in the consent being used after death for therapeutic purposes, medical education or scientific research.

Prohibition

(2) No person shall give a consent under this section if he has reason to believe that the person who died or whose death is imminent would have objected thereto.

Consent is full authority, exceptions

(3) Upon the death of a person in respect of whom a consent was given under this section the consent is binding and is, subject to section 6, full authority for the use of the body or for the removal and use of the specified part or parts for the purpose specified except that no person shall act on a consent given under this section if he has actual knowledge of an objection thereto by the person in respect of whom the consent was given or by a person of the same or closer relationship to the person in respect of whom the consent was given than the person who gave the consent.

Person lawfully in possession of body, exceptions

(4) In subsection 1, "person lawfully in possession of the body" does not include,

(a) the supervising coroner or a coroner in possession of the body for the purposes of *The Coroners Act* (to be adapted to provincial requirements);

(b) the Public Trustee in possession of the body for the purpose of its burial under *The Crown Administration of Estates Act* (to be adapted to refer to provincial provisions for administration of estates by the Crown);

(c) an embalmer or funeral director in possession of the body for the purpose of its burial, cremation or other disposition; or

(d) the superintendent of a crematorium in possession of the body for the purpose of its cremation.

Coroner's direction

6. Where in the opinion of a physician, the death of a person is imminent by reason of injury or disease and the physician has reason to believe that section ..... of *The Coroners Act* (to be adapted to refer to provincial provisions making the death a coroner's case) may apply when death does occur and a consent under this Part has been obtained for a post-mortem transplant of tissue from the body, a coroner having jurisdiction, notwithstanding that death has not yet occurred, may give such directions as he thinks proper respecting the removal of such tissue after the death of the person, and every such direction has the same force and effect as if it had been made after death under section ..... of *The Coroners Act* (to be adapted to refer to provincial provision empowering coroner to permit interference with body after death).

Determination of death

7. (1) For the purposes of a post-mortem transplant, the fact of death shall be determined by at least two physicians in accordance with accepted medical practice.

Prohibition

(2) No physician who has had any association with the proposed recipient that might influence his judgment shall take any part in the determination of the fact of death of the donor.

Idem

(3) No physician who took any part in the determination of the fact of death of the donor shall participate in any way in the transplant procedures.

Exception

(4) Nothing in this section in any way affects a physician in the removal of eyes for cornea transplants.

Where specified use fails

8. Where a gift under this Part cannot for any reason be used for any of the purposes specified in the consent, the subject matter

of the gift and the body to which it belongs shall be dealt with and disposed of as if no consent had been given.

PART III—GENERAL

Civil liability

9. No action or other proceeding for damages lies against any person for any act done in good faith and without negligence in the exercise or intended exercise of any authority conferred by this Act.

Sale, etc., of tissue prohibited

10. No person shall buy, sell or otherwise deal in, directly or indirectly, for a valuable consideration, any tissue for a transplant, or any body or part or parts thereof other than blood or a blood constituent, for therapeutic purposes, medical education or scientific research, and any such dealing is invalid as being contrary to public policy.

Disclosure of information

11. (1) Except where legally required, no person shall disclose or give to any other person any information or document whereby the identity of any person,

(a) who has given or refused to give a consent;

(b) with respect to whom a consent has been given; or

(c) into whose body tissue has been, is being or may be transplanted,

may become known publicly.

Exception

(2) Where the information or document disclosed or given pertains only to the person who disclosed or gave the information or document, subsection 1 does not apply.

Lawful dealings not affected, exception

12. Any dealing with a body or part or parts thereof that was lawful before this Act came into force shall, except as provided in this Act, continue to be lawful.

Offence

13. Every person who knowingly contravenes any provision of this Act is guilty of an offence and on summary conviction is liable to a fine of not more than $1,000 or to imprisonment for a term of not more than six months, or to both.

Application of *The Coroners Act*

14. Except as provided in section 6, nothing in this Act affects the operation of *The Coroners Act* (to be adapted to provincial requirements).

LE PRÉPOSÉ AU DON D'ORGANES À L'HÔPITAL - RESPONSABILITÉS

L'étendue des responsabilités du préposé au don dépendra du nombre de donneurs et peut comprendre les fonctions suivantes:

- effectuer des vérifications post-mortem;
- offrir ou superviser des programmes de formation en cours d'emploi à l'intention du personnel sur le don et les greffes d'organes et de tissus;
- tenir lieu de personne-ressource pour le personnel hospitalier;
- recevoir les cas de donneurs adressés par des médecins et infirmières;
- prendre les dispositions voulues pour le transfert des donneurs potentiels aux centres de soins secondaires ou tertiaires;
- aider à la préparation et à la surveillance des donneurs;
- assurer la liaison avec les programmes régionaux de greffes pour tous les cas de dons d'organes et de tissus, par exemple : prendre les dispositions voulues pour les tests, le groupage tissulaire et l'appariement des donneurs potentiels, les démarches auprès des familles des donneurs au sujet d'un don;
- veiller à ce que le diagnostic de la mort cérébrale soit enregistré conformément à la politique établie en la matière;
- veiller à ce que le coroner ou le médecin légiste soit avisé au besoin et à ce que les éléments d'information nécessaires soient versés au dossier;
- prendre les dispositions chirurgicales voulues pour le donneur, notamment les heures d'arrivée et de départ des équipes itinérantes de prélèvement et l'octroi de privilèges de l'hôpital à ces dernières;
- faciliter le prélèvement d'organes et de tissus au besoin;
- aider à la préparation et la conservation d'organes et de tissus;
- veiller au transport des organes et des tissus;

- répondre aux demandes de renseignements et lancer des programmes d'éducation communautaire de concert avec les coordonnateurs des programmes régionaux de greffes et de banques d'yeux;

- recueillir des données pour l'hôpital même ou pour les programmes régionaux de greffes.

COORDONNATEURS DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE GREFFES ET DES BANQUES D'YEUX - RESPONSABILITÉS RATTACHÉES AU PROCESSUS DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Outre les responsabilités d'un préposé au don d'organes à l'hôpital, énumérées à l'annexe VI, le coordonnateur des programmes régionaux de greffes et des banques d'yeux peut être chargé des fonctions suivantes:

- offrir des conseils aux hôpitaux de la région désireux de mettre sur pied des programmes de donneurs, y compris sur le plan de l'élaboration de politiques et de pratiques et des programmes de formation en cours d'emploi;

- faciliter le don d'organes et de tissus (les coordonnateurs de banques d'yeux ne jouent un rôle que dans le don d'yeux);

- offrir des conseils pour tous les cas limites ou complexes;

- prendre part au prélèvement et au transport d'organes et de tissus de donneurs au besoin (les coordonnateurs de banques d'yeux ne prennent pas part au prélèvement d'yeux);

- assurer un suivi auprès du personnel des hôpitaux du donneur et des familles du donneur après le don;

- entreprendre des activités de sensibilisation du public et de formation des professionnels de la santé aux échelons régional ou provincial, notamment par la production et la distribution de matériel;

- coordonner les efforts de recherche et de collecte de données aux échelons local, régional et national ou y participer.

CONGRÈS CANADIEN DES SCIENCES NEUROLOGIQUES: RECOMMANDATIONS AU SUJET DES CRITÈRES DE MORT CÉRÉBRALE.*

Préambule. Avec le développement de techniques d'assistance respiratoire et circulatoire pour les malades gravement atteints, la définition de mort a dû être révisée. Même si l'arrêt des fonctions circulatoires et respiratoires définissent la mort, l'arrêt de la fonction cérébrale peut être équivalent à la mort d'un individu, même si le coeur continue à battre lorsque le malade est ventilé par un respirateur (1). En 1968, après la publication des Critères d'Harvard (2), l'Association médicale canadienne a proposé des critères afin de déterminer la mort cérébrale (3), ceux-ci furent réévalués par la suite (4, 5). En 1976, des critères ont été publiés pour la Grande-Bretagne (6). En 1981, de nouveaux critères furent publiés dans le journal de l'American Medical Association (7). L'ensemble des critères suivants a été préparé par un sous-comité du Congrès canadien des sciences neurologiques et fut accepté par les membres de la Société canadienne de neurologie, la Société canadienne de neurochirurgie, l'Association canadienne de neurologie pédiatrique et la Société canadienne de neurophysiologistes cliniques.

La déclaration de mort cérébrale est une décision clinique qui doit être prise par un médecin expérimenté, tout en suivant les standards médicaux acceptés (7). Les critères décrits plus bas sont basés sur les données actuelles des connaissances et de l'expérience médicale. À mesure que nos connaissances vont progresser, on pourra entrevoir d'autres révisions. À cause de l'implication du diagnostic de mort cérébrale, on suggère qu'une consultation soit faite également à un autre médecin possédant l'expérience nécessaire dans l'examen clinique et les techniques diagnostiques appropriées.

Critères proposés. Le diagnostic clinique de mort cérébrale peut être posé quand les critères suivants ont été remplis :

1. D'une part, une étiologie capable de causer la mort cérébrale a pu être établie, d'autre part, toutes les conditions potentiellement réversibles ont été exclues (voir commentaire numéro 2 plus loin).

---

* Ces recommandations ont été définies par le Congrès canadien des sciences neurologiques et ont été sanctionnées par l'Association médicale canadienne en 1986

2. Le malade est en état de coma profond et ne démontre aucune réponse, tant au niveau des nerfs crâniens, qu'à la stimulation d'autres régions corporelles. Il ne présente pas de crises convulsives, on ne note pas de mouvements dyskinétiques, et on ne note pas non plus de posture de décortication ou de décérébration (voir 1 a, plus bas).

3. Les réflexes du tronc cérébral sont absents (voir 1 b, plus bas).

4. Le malade est en apnée lorsqu'il est retiré du respirateur pour une période appropriée (voir 1 c, plus bas).

5. Ces conditions persistent lors d'un examen subséquent, après un intervalle acceptable (voir 2, plus loin).

Commentaires. Bien que le but de ce document soit d'émettre certains principes généraux et de recommander une certaine ligne de conduite plutôt que d'imposer des règles strictes, il serait important de définir plus en détail certaines des recommandations.

1. Arrêt de la fonction cérébrale. L'absence clinique de la fonction cérébrale est définie comme suit : coma profond, apnée, absence de réflexes du tronc cérébral.

a. Coma. L'on doit examiner chez le malade les mouvements spontanés et les réponses aux stimulis nociceptifs. Spécifiquement, il ne doit pas exister de réponse motrice, au niveau des nerfs crâniens, à des stimulis appliqués au niveau des autres régions du corps. Il ne doit pas y avoir de réponses spontanées ou provoquées telles que dyskinésies, mouvements de décérébration ou de décortication, crises convulsives. Cependant certains réflexes spinaux peuvent persister même en présence de mort cérébral (8).

b. Les réflexes du tronc cérébral. Les réflexes pupillaires à la lumière, les réflexes cornéens, oculovestibulaires et pharyngés doivent être absents. Les pupilles doivent être de dimensions moyennes ou larges et il ne doit pas exister de réflexe photo-lumineux. On doit s'assurer de plus que le malade n'a pas reçu d'Atrophine ou d'autres médicaments qui puissent bloquer la réponse photo-lumineuse. Le réflexe vestibulo-oculaire devrait être vérifié en faisant un test calorique avec la tête à 30 degrés de l'horizontale (9). Chez l'adulte, un minimum de 120 mL d'eau glacée devrait être utilisé. L'apparition d'une grimace ou de toute autre réponse motrice, lors de l'aspiration pharyngée ou trachéale, est incompatible avec le diagnostic de mort cérébrale.

c. L'apnée a été définie originalement par l'absence de respiration lorsque le malade était retiré du respirateur pendant 3 minutes. Cette technique ne tenait pas compte d'un niveau statisfaisant de PaCO2 pour stimuler la respiration. Le seuil nécessaire pour stimuler la respiration chez les malades comateux peut être aussi élevé que 50-55 mmHg et plusieurs malades ventilés par un respirateur ont une PaCO2 qui augmente lentement (par exemple 2 à 3 mm Hg/minute) après l'arrêt du respirateur (10). Chez les patients qui présentent les autres critères de mort cérébrale, la technique d'oxygénation en apnée décrite plus bas vérifie de façon sécuritaire l'activité respiratoire chez ces malades (11).

S'il est possible de mesurer les gaz artériels, il faudra s'assurer d'une PaCO2 de 40 + 5 mmHg avant de commencer le test pour l'apnée. Le respirateur est alors débranché pendant une période de 10 minutes. Durant cette période, afin de prévenir une hypoxémie, de l'oxygène à 100% est alors administré, par la canule endotrachéale, à un débit de 6 litres/minute. Cette méthode devrait assurer une élévation satisfaisante de la PaCO2 pour stimuler la respiration. S'il est impossible de mesurer les gaz artériels, et afin de vérifier la réponse du tronc cérébral à l'hypercarbie, il s'agira alors de ventiler le malade pendant 10 minutes avec un mélange de 95% d'oxygène et 5% de CO2, avant la période de 10 minutes d'oxygénation en apnée (7). Chez les malades souffrant de maladie respiratoire sévère, il est suggéré de consulter un pneumologue, afin de déterminer la validité et la sécurité d'un tel test pour l'apnée.

Il n'est pas recommandé de vérifier la présence d'apnée sans oxygénation passive, d'une part en raison du risque potentiel d'aggraver/produire les lésions cérébrales et d'autre part vu que l'hypoxémie peut entraîner des mouvements complexes des membres et du tronc, possiblement dus à une ischémie spinale secondaire, qui pourrait être interprétée comme étant d'origine cérébrale (12).

2. L'irréversibilité. L'arrêt de toute fonction cérébrale chez un individu, est déclaré définitif et irréversible lorsque l'on a résussi à éliminer toutes les autres causes potentiellement réversibles qui pourraient expliquer son état clinique et que l'on considère les changements notés comme étant permanents. On doit exclure les intoxications médicamenteuses (barbituriques, sédatifs, hypnotiques), les pathologies métaboliques traitables, l'hypothermie (température centrale de moins de 32,2°C), le choc, les pathologies du système nerveux crânien et périphérique, les nerfs crâniens, les maladies musculaires et l'action des agents bloqueurs neuro-musculaires.

Il est essentiel de réévaluer le malade, afin de s'assurer de la persistance de cet état de mort cérébrale (13), et aussi afin de minimiser la possibilité d'erreurs de la part de l'observateur (6). Selon l'étiologie, l'intervalle entre les réévaluations cliniques du malade pourra s'échelonner entre 2 heures et 24 heures; on recommande une observation d'au moins 24 heures afin de confirmer une mort cérébrale causée par une anoxie-ischémie (par exemple après un arrêt cardiaque) (7).

Quand il s'agit d'une déclaration de mort cérébrale chez un donneur d'organes dans les cas de transplantation, on peut s'attendre à ce que la réglementation locale vienne préciser la fréquence des réévaluations de l'état clinique.

Circonstances spéciales:

1. Âge pédiatrique. La mort cérébrale n'a pas été suffisamment bien étudiée chez les nouveau-nés et les enfants pour nous permettre de dire si les critères cliniques utilisés chez les adultes peuvent être mis en application chez les enfants. Dans une étude, la présence de ces critères pour une période de trois jours était associée avec la mort cérébrale chez tous les enfants étudiés (14). Lorsque l'on utilise seulement les critères clinique afin de poser un diagnostic de mort cérébrale chez les enfants, une période d'observation plus longue que chez l'adulte peut être requise. Si elles ne sont accessibles, certaines méthodes peuvent montrer une absence de flot cérébral telle la cartographie cérébrale ou l'angiographie, permettant alors un diagnostic plus précoce de mort cérébrale chez la population pédiatrique.

2. Autres. Dans certaines circonstances cliniques (par exemple, une cause incertaine, impossibilité d'examiner un oeil ou les deux à cause d'un traumatisme, les traumatismes de l'oreille moyenne, les neuropathies crâniennes ou les maladies pulmonaires sévères), il peut être difficile de mettre en application les critères cliniques mentionnés. Dans ces circonstances, la seule façon de confirmer la mort cérébrale serait par l'absence de perfusion cérébrale soit par étude isotopique ou par angiographie cérébrale.

Tests de laboratoire:

Même si la mort cérébrale peut être confirmée de façon assez certaine sur la base des seuls critères cliniques (1, 2, 6, 7, 13), certains tests spéciaux peuvent aider à confirmer ou même dans certains cas à compléter le diagnostic clinique.

L'électro-encéphalogramme (EEG) sert à évaluer la fonction cérébrale corticale. L'absence d'activité électrique cérébrale viendra confirmer la mort cérébrale, mais seulement si tous les critères cliniques de mort sont présents et seulement aussi après l'utilisation des techniques suggérées qui nous permettent de documenter adéquatement les différents aspects de l'activité corticale (15). À ce jour, l'utilité des potentiels évoqués visuels, auditifs et somato-sensitifs, ou autres tests reste à être démontrée dans les cas de mort cérébrale.

L'absence de perfusion intra-crânienne démontrée soit par l'artériographie cérébrale, soit par le flot cérébral isotopique, est une preuve de mort cérébrale (16). La pression artérielle moyenne doit se chiffrer cependant au-dessus de 80 mmHg lorsque l'étude de la perfusion est faite. Dans ces cas, l'on utilisera l'angiographie cérébrale ou l'étude isotopique du flot sanguin cérébral, obligatoirement pratiquée et interprétée par un spécialiste expérimenté en la matière.

BIBLIOGRAPHIE

1. Commission de réforme du droit du Canada. Série sur la protection de la vie. Les critères de détermination de la mort. Document de travail n° 23. 1979.

2. Report of the Ad Hoc Committee of Harvard Medical School to examine the definition of brain death. Definition of irreversible coma. J.A.M.A. 205: 337-340, 1968.

3. The Canadian Medical Association Statement on Death. C.M.A.J. 99: 1266-1267, 1968.

4. Transactions of General Council, Association médicale canadienne, 1974, Résolution 36.

5. Ibid. 1975, Résolution 27.

6. Diagnosis of brain death. Statement issued by the honorary secretary of the Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom. Lancet 2: 1069-1070, 1976.

7. Guidelines for the Determination of Death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. J.A.M.A. 246: 2184-2186, 1981.

8. Ivan, L.P. Spinal reflexes in cerebral death. Neurology (Minneap.) 23: 650-652, 1973.

9. Plum, F., Posner, J. Diagnostic de la stupeur et des comas. Critique de la sémiologie neurologique des désordres de la conscience. Paris : Masson, 1983, 2e éd.

10. Schafer J.A., Caronna J.J. Duration of apnea needed to confirm brain death. Neurology (minneap.) 28: 661-666, 1978.

11. Plum, F., Posner, J. Diagnostic de la stupeur et des comas. Critique de la sémiologie neurologique des désordres de la conscience, Paris, Masson, 1983, 2e éd.

12. Roper, A.H. Unusual spontaneous movements in brain-dead patients. Neurology (Minneap.)

13. Pallis, C. ABC of Brain Stem Death. British Medical Journal, London, 285: 1641-1644, 1720-1722, 1982.

14. Rowland, T.W., Donnelly, J.H., Jackson, A.H. Jamroz, S.B. Brain death in the pediatric intensive care unit. Am.J.Dis.Child. 137: 547-550, 1983.

15. Chatrian, G.E. Standards of Clinical Practice of EEG in cases of suspected "cerebral death", dans les recommandations for the Practice of Clinical Neurophysiology de la Fédération internationale d'électro-encéphalographie et de neurophysiologie clinique.

16. Korein, J., Braunstein, P., George, A. et al. Brain death: 1. Angiographic correlation with the radioisotope bolus technique for evaluation of critical deficit of cerebral blood flow. Ann. Neurol. 2: 195-205, 1977.

CRITÈRES RÉGISSANT LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

Remarques

1. Les critères peuvent varier légèrement d'un centre à l'autre. En cas de doute, on doit consulter les programmes régionaux de greffes.

2. Il peut être nécessaire d'entreprendre d'autres tests (hématologique, biochimique, radiologique) spécialement rattachés au fonctionnement de l'organe.

3. Il se peut que tous les dons ne répondent pas aux conditions idéales. Les risques de greffer un organe de moindre qualité peuvent être moins graves que ceux auxquels est exposé un patient qui attend cette greffe.

A. ORGANES PERFUSABLES

Reins

- Age: 1 - 70 ans
- Aucun antécédent de pyélonéphrite ou d'une autre maladie rénale chronique
- Aucune infection rénale aiguë. La sepsie localisée, ne touchant pas la partie supérieure des voies urinaires et qui réagit au traitement, n'est pas une cause d'exclusion
- Aucun antécédent de diabète ou d'hypertension nécessitant un traitement médicamenteux. Les cas d'infections légères, n'ayant pas été traités sont pris en considération
- Les cas d'abus de drogues injectables (doivent être évalués pour cause de néphrotoxicité et d'hépatite)
- Aucune affection récente ou chirurgie de l'abdomen
- Aucune hypotension prolongée
- Un fonctionnement rénal acceptable comme l'indique une tension artérielle, un débit urinaire, une analyse urinaire, un équilibre électrolytique, un taux de créatinine, d'urée, de glucose satisfaisants

Remarque

Des problèmes de fonctionnement rénal causés par des facteurs pré-rénaux (déshydratation thérapeutique ou perte de fonctions vaso-régulatrices associées à une lésion du tronc cérébral) n'est pas nécessairement un critère d'exclusion si le donneur a été traité tôt à l'aide d'une méthode d'hydratation rigoureuse, d'où l'amélioration de la perfusion rénale, comme l'indique la diminution du taux sérique de créatinine et d'urée. De même, des niveaux élevés de glucose sérique seuls (constatés chez les patients soumis à une thérapie par stéroïdes ou à l'infusion de dextrose) ne constituent pas nécessairement une contre-indication.

Coeur

- Âge: 1 - 40 ans
- Absence de trouble cardiaque congénital ou d'affection cardiaque (d'origine infectieuse, ischémique, valvaire)
- Aucune affection récente ou chirurgie à l'abdomen
- Aucun arrêt cardiaque prolongé (l'arrêt cardiaque peut être accepté si la réanimation est immédiate, l'état cardio-pulmonaire normal et s'il n'existe aucune lésion cardiaque)
- Une tension artérielle satisfaisante (électrocardiogramme, radiographie pulmonaire)
- Aucune injection intracardiaque (en doses importantes ou de longue durée).

Remarques

La bradycardie, la tachycardie et l'hypertension consécutives à une compression aiguë du tronc cérébral ne sont pas des facteurs d'exclusion.

La tachycardie et l'hypotension dues à l'hypovolémie ne constituent pas des obstacles importants à un don si l'on procède rapidement à une hydratation vigoureuse pour rétablir une tension artérielle normale.

Bloc coeur-poumon

- Âge: 1 - 40 ans
- Absence d'antécédent d'affection cardiaque ou pulmonaire

- Aucune affection récente ou chirurgie à l'abdomen

- Absence d'arrêt cardiaque prolongé (l'arrêt cardiaque peut être acceptable si la réanimation est immédiate avec un état cardio-pulmonaire normal et aucune lésion cardiaque)

- Absence d'injection intracardiaque (en doses importante ou de longue durée)

- Résultats satisfaisants à divers tests: tension artérielle, examen du thorax, électro-encéphalogramme, radiographie pulmonaire, analyse des gaz sanguins, culture d'expectorations).

Foie

- Âge: 6 mois - 55 ans

- Aucun antécédent d'affection du foie

- Aucun antécédent de diabète sucré

- Aucun antécédent d'alcoolisme

- Aucune affection récente ou chirurgie de l'abdomen

- Absence d'hypotension prolongée

- Résultats satisfaisants aux tests suivants: tension artérielle, test du fonctionnement hépatique-bilirubine, AST (SGOT), ALT (SGPT), PT/PTT

- Les taux élevés de glucose sérique (observé chez les patients recevant des infusions de dextrose et une thérapie stéroïdienne) ne constituent pas nécessairement une contre-indication.

Remarque

La sepsie localisée ne touchant pas le tractus digestif et réagissant au traitement n'est pas un facteur d'exclusion.

Poumon

- Âge: 1 - 50 ans

- Aucun antécédent de maladie pulmonaire

- Aucune affection récente ou chirurgie à l'abdomen

- Aucune trace d'embolie pulmonaire récente

- Résultats satisfaisants à divers tests: tension artérielle, électro-encéphalogramme, radiographie pulmonaire, culture d'expectorations.

Pancréas

- Âge: 1 - 60 ans

- Aucun antécédent de maladie pancréatique

- Aucun antécédent de diabète sucré

- Aucun antécédent d'alcoolisme

- Aucune affection récente ou chirurgie de l'abdomen

- Résultats satisfaisants à divers tests: tension artérielle, glucose sérique, amylase sérique.

Remarque

Les taux élevés de glucose sérique (observés chez les patients recevant des infusions de dextrose et une thérapie stéroïdienne) seuls ne constituent pas nécessairement une contre-indication.

B. TISSUS

Yeux

- Âge: aucune limite

- Aucune affection chronique du système nerveux central

- Absence de sepsie, d'hépatite infectieuse ou d'autre infection virale.

Os et ligaments

- Âge: femmes - 16-50; hommes - 16-60

- Cause établie du décès

- Aucun antécédent de maladie métabolique des os

- Aucun antécédent de maladie immunitaire

- Aucune thérapie de longue durée avec de fortes doses de stéroïdes ou des irradiations

- Absence de cancer ou d'antécédent de cancer

- Absence d'infection systémique.

Remarque

Les traumatismes engendrant une maladie des os ne constituent pas un facteur d'exclusion.

Peau

- Âge: aucune limite

- Absence de dermatite diffuse. Des antécédents de maladies de la peau peuvent être acceptables

- Aucune thérapie de longue durée aux antibiotiques

- Aucun abus des drogues

- Absence de cancer ou d'antécédent de cancer

- Absence d'infection ou de maladie transmissible active.

Valves cardiaques

- Âge: jusqu'à 60 ans

- Fonctionnement normal des valves.

FORMULE TYPE POUR L'ÉVALUATION AUTOMATIQUE DE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

IDENTIFICATION DU PATIENT

À remplir par le médecin:

A. Date et heure du décès: _____

B. Diagnostic: _____

	Oui	Non
1. Le patient était-il considéré comme un donneur potentiel?		
2. Sinon, pourquoi? _____		
3. Le patient réunissait-il les critères applicables au don? (voir tableau au verso)		
a) Organes perfusables : reins, coeur, foie, autres (préciser): _____		
b) Tissus : cornée, os, peau, autres (préciser): _____		
c) Le préposé au don d'organes de l'hôpital ou le coordonnateur régional a-t-il été consulté?		
4. a) La famille a-t-elle été contactée en vue d'un consentement (aval)?		
b) Sinon pourquoi? _____		
c) Le consentement (aval) a-t-il été obtenu?		
5. Les organes/tissus ont-ils été prélevés?		

_____

Signature du médecin

_____

Date et heure

CRITÈRES RÉGISSANT LE DON D'ORGANES
CRITÈRES GÉNÉRAUX RÉGISSANT LES ORGANES PERFUSABLES[1]

- Les patients en état de mort cérébrale ne présentant PAS les traits suivants:
- Infections actives
- Antécédent d'hépatite virale B ou de SIDA
- Tumeur maligne (actuelle ou passée) en dehors du C.N.S.
- Usage actuel de drogues par voie intraveineuse
- Diabète insulinodépendant
- Hypertension chronique grave
- Maladie ou affection de l'organe en question
- Affection récente ou chirurgie de l'abdomen

CRITÈRES PROPRES À CHAQUE ORGANE

	Rein	Coeur	Coeur/ poumon	Foie	Poumon	Pancréas
Tranche d'âge	1-70	1-40	1-40	6 mois 55	1-50	1-60
A été victime d'un arrêt cardiaque mais a été réanimé	Sans doute normal	Oui, si le sujet a été réanimé immédiatement, si son état cardio-pulmonaire est normal et ne souffre d'aucune affection cardiaque.		Probablement normal	Sans doute normal	Probablement normal
Absence d'antécédent d'affection active de l'organe à prélever	Exceptions occasionnelles					

——————Dispositions obligatoires——————

CRITÈRES GÉNÉRAUX RÉGISSANT LES TISSUS

Patients

. Mort à l'arrivée à l'hôpital ou mourant à l'hôpital

. Absence de :
- sepsie
- tumeur maligne extracrânienne
- hépatite virale B ou SIDA

. Cause établie du décès
- maladie transmissible

La mort cérébrale n'est pas une condition préalable au don de tissus.

CRITÈRES RÉGISSANT DES TISSUS PARTICULIERS

	Yeux	Os	Peau
Groupe d'âge	Aucune limite	Femmes 16-50 Hommes 16-60	Aucune limite
Absence de maladie chronique du C.N.S.	Condition obligatoire	Condition non obligatoire	Condition non obligatoire
Absence d'antécédent d'affection du tissu à prélever	Disposition obligatoire	Disposition obligatoire	Disposition généralement non obligatoire

1 Consultez le préposé au don d'organes ou le coordonnateur régional pour obtenir plus de renseignements ou en cas de doute.

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES PROGRAMMES INSTITUTIONNELS

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes publiées par le sous-comité.

Centre de transplantation d'organes vitaux
Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Imagerie du sein : mammographie
Imagerie par résonance magnétique
Laboratoire de la fonction respiratoire
La réutilisation des articles jetables : document de travail
Programme de médecine physique et de réadaptation
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Services d'inhalothérapie
Services d'urgence préhospitaliers
Services et systèmes de visualisation diagnostique : vue d'ensemble
Services de soins prolongés pour enfants et adolescents
Services hospitaliers de don d'organes et de tissus
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
Unité de gériatrie dans les hôpitaux - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétique
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unités de soins intensifs périnatals dans un réseau de soins périnatals
Unité de tomodensitométrie
Unités d'urgence dans les hôpitaux